



Consulta Médica

Plan de Prevención Mujer.

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombres
N° de Afiliado Edad
 Localidad Fecha/...../.....
 Antecedentes () Personales / () Familiares

 PAP previos
 Mamografías previas
 Diagnóstico
 Observaciones

 Médico
 Localidad

.....
Firma y sello



Mamografía

Plan de Prevención Mujer.

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombres
.....Nº de Afiliado Edad

Localidad Fecha/...../.....

Práctica solicitada

Médico Prescriptor

Antecedentes

Mamografías previas

Informe

Médico

Localidad

.....
Firma y sello



Anatomía Patológica

Plan de Prevención Mujer.

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombres
.....N° de Afiliado Edad

Localidad Fecha/...../.....

Práctica solicitada

Médico Prescriptor

Antecedentes

.....

.....

.....

.PAP previos

Informe

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Médico

Localidad

.....
Firma y sello