



CONSTANCIA DE ATENCIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS – INEN
FORMULARIO TUPA Nº 003 - CONSTANCIA DE ATENCIÓN - PAG. 1 DE 1

Nombre y Apellidos del Paciente: _____

Nº de Historia Clínica: _____ Departamento o Servicio: _____

☐ **ATENCIÓN AMBULATORIA.** Fecha de la atención: _____ de _____ del 2010

☐ **ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN.**

Del _____ de _____, Al _____ de _____ del 2010 ó Continúa hospitalizado _____

Emitido por: ☐ Médico en Consulta Externa, ó ☐ Encargado de Unidad de Trámite Documentario

Fecha: _____ de _____ de 2010

Sello y Firma