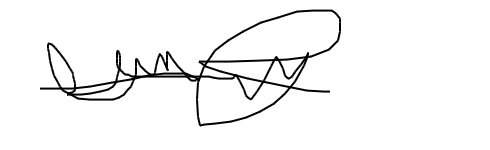
**Remisión del Paciente**

Estimado(a) **PRE-AGENDA** especialista en **CIRUGIA MAXILOFACIAL**

Se dirige a usted **LUIS ALBERTO ORTIZ OSTOS** especialista en con el motivo de remitir al paciente **LUIS ALBERTO ORTIZ OSTOS** con documento de identidad **14872512** por los siguientes motivos.

prueba firma doctor 2



\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma