**Remisión del Paciente**

Estimado(a) **DOC. TEST** especialista en **ENDODONCIA**

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 del doctor

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

Firma