



POLICÍA FEDERAL ARGENTINA Superintendencia de BIENESTAR		PRÁCTICAS AUXILIARES Nº A	
Afiliado N°: <input type="text"/>		Apellido y Nombres: <input type="text"/>	
Servicio:		Género: <input type="text"/>	Código: <input type="text"/>
		Edad:	<input type="text"/>
Profesional Actuante: <input type="text"/>		Matrícula: <input type="text"/>	
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:			
			
DÍA <input type="text"/>	MES <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/>	

POLICÍA FEDERAL ARGENTINA Superintendencia de BIENESTAR		PRÁCTICAS AUXILIARES Nº A	
Afiliado N°: <input type="text"/>		Apellido y Nombres: <input type="text"/>	
Servicio:		Género: <input type="text"/>	Código: <input type="text"/>
		Edad:	<input type="text"/>
Profesional Actuante: <input type="text"/>		Matrícula: <input type="text"/>	
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:			
			
DÍA <input type="text"/>	MES <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/>	



FIRMA DEL PROFESIONAL
MATRÍCULA Y SELLO

RECIBÍ: DE CONFORMIDAD LAS
PRÁCTICAS ESPECIFICADAS PRECEDENTEMENTE

IMPORTE TOTAL

FIRMA DEL AFILIADO

CERTIFICO: QUE AL AFILIADO QUE SE CONSIGNA AL DORSO, SE LE EFECTUARON
LAS PRÁCTICAS PRESCRIPTAS Y HA PRESENTADO SU CARNET O CONSTANCIA QUE
LO HABILITA COMO TAL.

FIRMA DEL PROFESIONAL
MATRÍCULA Y SELLO



FIRMA DEL PROFESIONAL
MATRÍCULA Y SELLO

RECIBÍ: DE CONFORMIDAD LAS
PRÁCTICAS ESPECIFICADAS PRECEDENTEMENTE

IMPORTE TOTAL

FIRMA DEL AFILIADO

CERTIFICO: QUE AL AFILIADO QUE SE CONSIGNA AL DORSO, SE LE EFECTUARON
LAS PRÁCTICAS PRESCRIPTAS Y HA PRESENTADO SU CARNET O CONSTANCIA QUE
LO HABILITA COMO TAL.

FIRMA DEL PROFESIONAL
MATRÍCULA Y SELLO