FACULTAD DE MEDICINA

HOJA DE ASISTENCIA PRÁCTICA PROFESIONAL 2024

ESTUDIANTE: _____

PRÁCTICA: _____

DOCENTE ASISTENCIAL: _____

CENTRO DE SALUD: _____

FECHA	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	FIRMA

FECHA	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	FIRMA

_____

NOMBRE Y FIRMA DE DOCENTE ASISTENCIAL

____ de _____ del 2024