



SOLICITUD DE CHEQUERAS DEL PLAN MATERNO INFANTIL

Delegación: _____

Fecha de solicitud: _____

Número de orden: _____

Chequeras que solicita:

<input type="checkbox"/> Chequera de control de embarazo	Cantidad: _____
<input type="checkbox"/> Chequera de control del recién nacido	Cantidad: _____

Firma Auditor Médico o Jefe de Delegación

CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DE CHEQUERAS

Chequeras recibidas el _____

<input type="checkbox"/> Chequera de control de embarazo	Cantidad: _____
<input type="checkbox"/> Chequera de control del recién nacido	Cantidad: _____

Firma y aclaración de quien recibe

Form. 169/7



SOLICITUD DE CHEQUERAS DEL PLAN MATERNO INFANTIL

Delegación: _____

Fecha de solicitud: _____

Número de orden: _____

Chequeras que solicita:

<input type="checkbox"/> Chequera de control de embarazo	Cantidad: _____
<input type="checkbox"/> Chequera de control del recién nacido	Cantidad: _____

Firma Auditor Médico o Jefe de Delegación

CONSTANCIA DE RECEPCION DE CHEQUERAS

Chequeras recibidas el _____

<input type="checkbox"/> Chequera de control de embarazo	Cantidad: _____
<input type="checkbox"/> Chequera de control del recién nacido	Cantidad: _____

Firma y aclaración de quien recibe

Form. 169/7