



### CITA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

9A. AV. 0-12 ZONA 2, SEGUNDO NIVEL APTO. A

RH-000-0000

NOMBRE TRABAJADOR: \_\_\_\_\_

DEPENDENCIA: \_\_\_\_\_

FECHA DE CITA: \_\_\_\_\_ HORA DE CITA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

Trabajador

Cónyuge

Hijo

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO - Dirección de RRHH

\_\_\_\_\_  
FIRMA - Trabajador



### CITA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

9A. AV. 0-12 ZONA 2, SEGUNDO NIVEL APTO. A

RH-000-0000

NOMBRE TRABAJADOR: \_\_\_\_\_

DEPENDENCIA: \_\_\_\_\_

FECHA DE CITA: \_\_\_\_\_ HORA DE CITA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

Trabajador

Cónyuge

Hijo

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO - Dirección de RRHH

\_\_\_\_\_  
FIRMA - Trabajador