



Clínica del Valle

Servicio de Oncología Clínica

Protocolo Infusion

Apellido y Nombre : *MANSILLA CARMEN ROSA*

DNI : *11006562*

Fecha de Nacimiento : *00-00-0000*

Edad : *0*

Cobertura : *PAMI*

Nro Afiliado : *15580657610500*


Dco : *CA PISO DE BOCA*

Estadio : *IV*

Linea Terapeutica : *EXTREME*

Indicaciones : *12-05-2024*

1. item 1
- 2 item 2
3. tercer item


Dr. Lopez Piñero Fernando
ONCOLOGO CLINICO
M.N T32.507 - M.P 4.680

Firma y Sello Médico