	NOMBRE **REGISTRO DE ACTIVIDADES - TERAPIA FISICA**		CÓDIGO **05-FT-055**
CLÍNICA San Rafael	TIPO DE DOCUEMENTO **FORMATO**	PROCESO **MISIONAL**	VERSIÓN 001

NOMBRE:		**N° DOCUMENTO:**		**EDAD:**		**EPS:**	
CANTIDAD DE SESIONES:		**DIAGNÓSTICO:**		**TERAPEUTA:**			

FECHA	N° DE TERAPIA	MODALIDAD	FIRMA DE PACIENTE

Observaciones: