

No	NOMBRE	SEXO	EDAD	PROFESION	FACTORES DE RIESGO			MOTIVO DE CONSULTA					
					Tabaco	Alcohol	Otros (Especificar)	Control	Alt. Voz	Dolor	Carraspeo	Otros (Especificar)	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													

EVALUADOR: CIUDAD:
 INSTITUCIÓN: PROVINCIA: