CUPON DE DESCUENTO ESTUDIANTIL X CONSULTA DE 1ª VEZ

Fecha: _____

Nombre: _____Edad:_____

Apellido paterno Apellido Materno Nombre(s)

Universidad donde estudia_____

Carrera_____Semestre_____

Método por el que se entero de la promoción:

◯ Internet ◯ Familiar ◯ Amigo(a) ◯ Paciente ◯ Otro médico

Dr. PhD Jeff R. Cortés González
Urología General y Oncológica
Infertilidad Masculina y Cirugía Robótica
Instituto Karolinska, Estocolmo, Suecia
Instituto H. Elis, São Paulo, Brasil
Inselspital, Berna, Suiza