



SOLICITUD DE CONSULTA

Datos de identificación de la persona que solicita la consulta

Nombre completo : _____

Dirección postal : _____

Teléfonos : _____

Correo electrónico : _____

Profesión : _____

Socio/a de la APPR : ___Sí _____No

Descripción de la consulta

Naturaleza de la consulta

- Ética
- Práctica Profesional
- Clínica
- Legal
- Otro _____

Acción tomada (Para uso del Comité de Ética)
