



CITAS

Fecha	Nombre/Teléfono	Propósito	Tipo	Resultado
6/15/99	Dr. Smith (555) 555-4545	Infección de oído	<input checked="" type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> En persona	Se llamó para pedir receta a la farmacia
			<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> En persona	
			<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> En persona	
			<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> En persona	
			<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> En persona	
			<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> En persona	
			<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> En persona	
			<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> En persona	
			<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> En persona	
			<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> En persona	
			<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> En persona	

