

# CITAS

Fecha	Nombre/Teléfono	Propósito	Tipo	Resultado
			<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	
			<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> En persona	