

RESPUESTAS CORRECTAS

Código de Examen: **107**

Nombre del Examen: **Terapia Ocupacional**

Tema: **Único**

A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D
01	<input type="checkbox"/>			21			<input type="checkbox"/>	41			<input type="checkbox"/>	61		<input type="checkbox"/>		81		<input type="checkbox"/>	
02		<input type="checkbox"/>		22		<input type="checkbox"/>		42		<input type="checkbox"/>		62		<input type="checkbox"/>		82	<input type="checkbox"/>		
03		<input type="checkbox"/>		23		<input type="checkbox"/>		43	<input type="checkbox"/>			63		<input type="checkbox"/>		83			<input type="checkbox"/>
04		<input type="checkbox"/>		24		<input type="checkbox"/>		44			<input type="checkbox"/>	64	<input type="checkbox"/>			84		<input type="checkbox"/>	
05			<input type="checkbox"/>	25		<input type="checkbox"/>		45		<input type="checkbox"/>		65	<input type="checkbox"/>			85			<input type="checkbox"/>
06			<input type="checkbox"/>	26			<input type="checkbox"/>	46	<input type="checkbox"/>			66		<input type="checkbox"/>		86			<input type="checkbox"/>
07		<input type="checkbox"/>		27			<input type="checkbox"/>	47	<input type="checkbox"/>			67		<input type="checkbox"/>		87			<input type="checkbox"/>
08		<input type="checkbox"/>		28	<input type="checkbox"/>			48		<input type="checkbox"/>		68			<input type="checkbox"/>	88		<input type="checkbox"/>	
09			<input type="checkbox"/>	29		<input type="checkbox"/>		49			<input type="checkbox"/>	69			<input type="checkbox"/>	89			<input type="checkbox"/>
10		<input type="checkbox"/>		30		<input type="checkbox"/>		50		<input type="checkbox"/>		70			<input type="checkbox"/>	90		<input type="checkbox"/>	
11			<input type="checkbox"/>	31		<input type="checkbox"/>		51			<input type="checkbox"/>	71				<input type="checkbox"/>	91		<input type="checkbox"/>
12			<input type="checkbox"/>	32		<input type="checkbox"/>		52	<input type="checkbox"/>			72		<input type="checkbox"/>		92			<input type="checkbox"/>
13			<input type="checkbox"/>	33		<input type="checkbox"/>		53		<input type="checkbox"/>		73	<input type="checkbox"/>			93	<input type="checkbox"/>		
14	<input type="checkbox"/>			34	<input type="checkbox"/>			54			<input type="checkbox"/>	74			<input type="checkbox"/>	94			<input type="checkbox"/>
15			<input type="checkbox"/>	35		<input type="checkbox"/>		55			<input type="checkbox"/>	75		<input type="checkbox"/>		95	<input type="checkbox"/>		
16			<input type="checkbox"/>	36			<input type="checkbox"/>	56	<input type="checkbox"/>			76			<input type="checkbox"/>	96			<input type="checkbox"/>
17			<input type="checkbox"/>	37			<input type="checkbox"/>	57			<input type="checkbox"/>	77			<input type="checkbox"/>	97		<input type="checkbox"/>	
18			<input type="checkbox"/>	38		<input type="checkbox"/>		58		<input type="checkbox"/>		78	<input type="checkbox"/>			98			<input type="checkbox"/>
19		<input type="checkbox"/>		39			<input type="checkbox"/>	59			<input type="checkbox"/>	79	<input type="checkbox"/>			99			<input type="checkbox"/>
20			<input type="checkbox"/>	40		<input type="checkbox"/>		60			<input type="checkbox"/>	80			<input type="checkbox"/>	100			<input type="checkbox"/>