DEPARTAMENTO DE SALUD

REGISTRO DE PACIENTES

FECHA:_____

	NOMBRE	APELLIDOS	#TELEFONO	DIRECCION	MED. EVAL	MEDICAMENTO		PLAN MEDICO		# REGISTRO
						ORAL	IV	PRIVADO	REFORM	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										