

DOCTOR

DGP (CED PROF/EST)

FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE

EDAD

SEXO

NÚM. CONTACTO

PA	FC	SaO2	TEMP	PESO	EST	GLUC	ALERGÍA

DX



DOCTOR

DGP (CED PROF/EST)

FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE

EDAD

SEXO

NÚM. CONTACTO

PA	FC	SaO2	TEMP	PESO	EST	GLUC	ALERGÍA

DX

