



## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL PARA EL BIENESTAR

CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS BELISARIO DOMÍNGUEZ CLUES CSIMB005343



## **NOTA DE CONSULTA EXTERNA**

NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA:											
NOMBRE DEL PACIENTE:						EDAD:		GÉNERO:			
EXPEDIENTE:		CURP:			FEC	ECHA DE NACIMIENTO:					
DOMICILIO:											

FECHA	
HORA	
PESO	
TALLA	
T/A	
F.C.	
F.R.	
TEMP.	
C.C.	
SPO2	
GLICEMIA	
I.M.C.	