



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL PARA EL BIENESTAR CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS BELISARIO DOMÍNGUEZ

CLUES CSIMB005343



NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA:								
NOMBRE DEL PACIENTE:					EDAD:		GÉNERO:	
EXPEDIENTE:			CURP:	FI	CHA DE NA	CIMIENTO:		
DOMICILIO:								

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