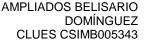




INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL PARA EL BIENESTAR CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS BELISARIO





NOTA DE CONSULTA EXTERNA

NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA:										
NOMBRE DEL PACIENTE:						EDAD:		GÉNERO:	М	F
EXPEDIENTE:		CURP:		FEC	HA DE NA					
DOMICILIO:										

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