**NOMBRE:** %PACIENTE%

**EDAD:** %EDAD% **FECHA:** %HOY%

**PESO:** %PESO%

**T.A:** %TA%

**F.C:** %FC%

**F.R:** %FR%

**TEMP:** %TEMPERATURA%

**SaTO2:** %SATO%

**MORELOS PTE: 120 COL. CENTRO JOCOTEPEC JALISCO C.P. 45800 TELS: 3339554222 Y (387) 1030538 rafael28.dr@gmail.com**