



Clínica Salut Vital

Expediente Médico

Nombre	<input type="text"/>
DNI	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>
Telefono	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>
Genero	<input type="text"/>
Ocupación	<input type="text"/>
Hospitalizaciones	<input type="text"/>
Peso	<input type="text"/>
Alergias	<input type="text"/>
Alimentación	<input type="text"/>
Habitos	<input type="text"/>
Antecedentes Medicos	<input type="text"/>
Medicación	<input type="text"/>