



Medi+

BIENVENIDO A MEDI+

Pacientes

Personal Medico

Servicio 24 horas



¡Conoce mas sobre nosotros!





INICIAR SESIÓN COMO PACIENTE

Ingrese su nombre:

Seleccione tipo de documento



Ingrese numero de documento:

[Iniciar sesión](#)

[Registrarse](#)

¿Aun no cuentas con una cuenta? ¡Regístrate gratis!

[Regresar](#)



BIENVENIDO A MEDI+

Pacientes

Personal Medico

Servicio 24 horas

*En este momento nuestros servidores estan
presentando problemas*

*Vuelva a intentar en unos minutos, si el problema
persiste contactese al 2232141256*



¡Conoce mas sobre nosotros!





INICIAR SESIÓN COMO PACIENTE

Ingrese su nombre:

Seleccione tipo de documento



Ingrese numero de documento:

[Iniciar sesión](#)

[Registrarse](#)

*Ha ocurrido un error, por favor verifica que los datos
ingresados sean correctos y vuelve a intentar*

[Regresar](#)

[Regresar](#)

REGISTRO DE PACIENTE

Nombre

Apellidos

Dirección georreferencial

(Latitud y longitud EJ: 1.23456, -76,54321)

Correo electrónico

Seleccione tipo de documento



Número de documento

Seleccione parentezco del Familiar



Nombre del familiar encargado

[Registrarse](#)

[Regresar](#)

INICIAR SESION COMO PERSONAL MEDICO

Nombre

Apellidos

Correo electrónico

Seleccione tipo de documento



Número de documento

Seleccione su especialidad



Número de tarjeta profesional

[Acceder](#)



REGISTRO DE PACIENTE

Nombre

Apellidos

Dirección georreferencial

(Latitud y longitud EJ: 1.23456, -76,54321)

Correo electrónico

Seleccione tipo de documento



Número de documento

Seleccione parentezco del Familiar



Nombre del familiar encargado

Registrarse

*Por favor verifique que los datos ingresados sean
correctos y vuelva a intentar*





REGISTRO DE PACIENTE

Nombre

Apellidos

Dirección georreferencial

(Latitud y longitud EJ: 1.23456, -76,54321)

Correo electrónico

Seleccione tipo de documento



Número de documento

Seleccione parentezco del Familiar



Nombre del familiar encargado

Registrarse

*En estos momentos el servidor esta presentando
problemas*

*Vuelva a intentarlo en unos minutos, si el problema
persiste comuníquese al 2321325643*



[Regresar](#)

INICIAR SESION COMO PERSONAL MEDICO

Nombre

Apellidos

Correo electrónico

Seleccione tipo de documento



Número de documento

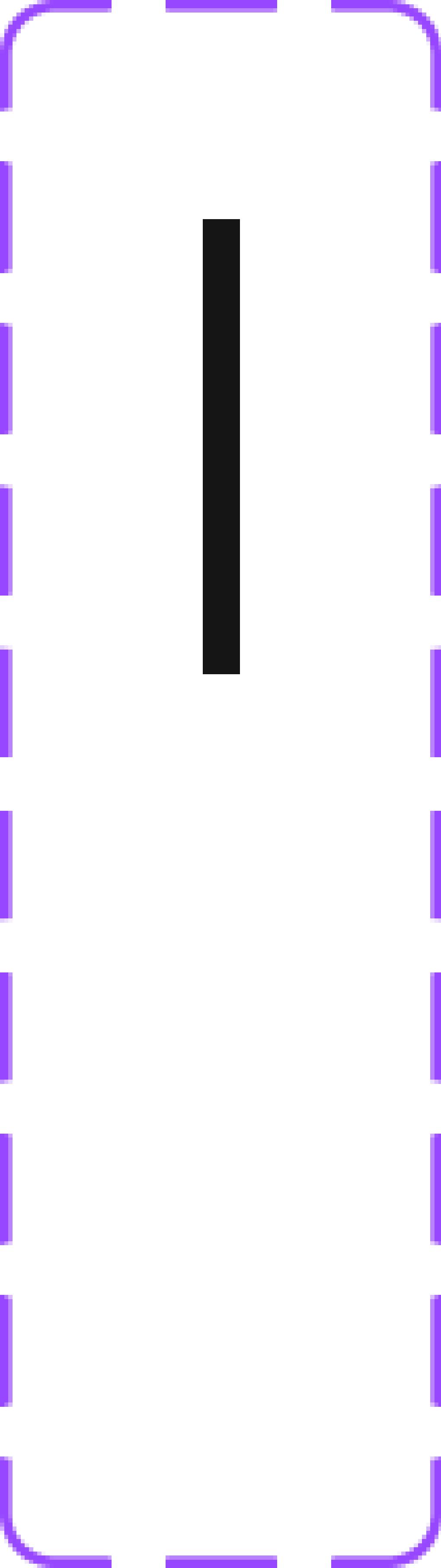
Seleccione su especialidad



Número de tarjeta profesional

[Acceder](#)

Ha ocurrido un error, por favor verifique que tus
datos sean correctos y vuelve a intentar





Regresar

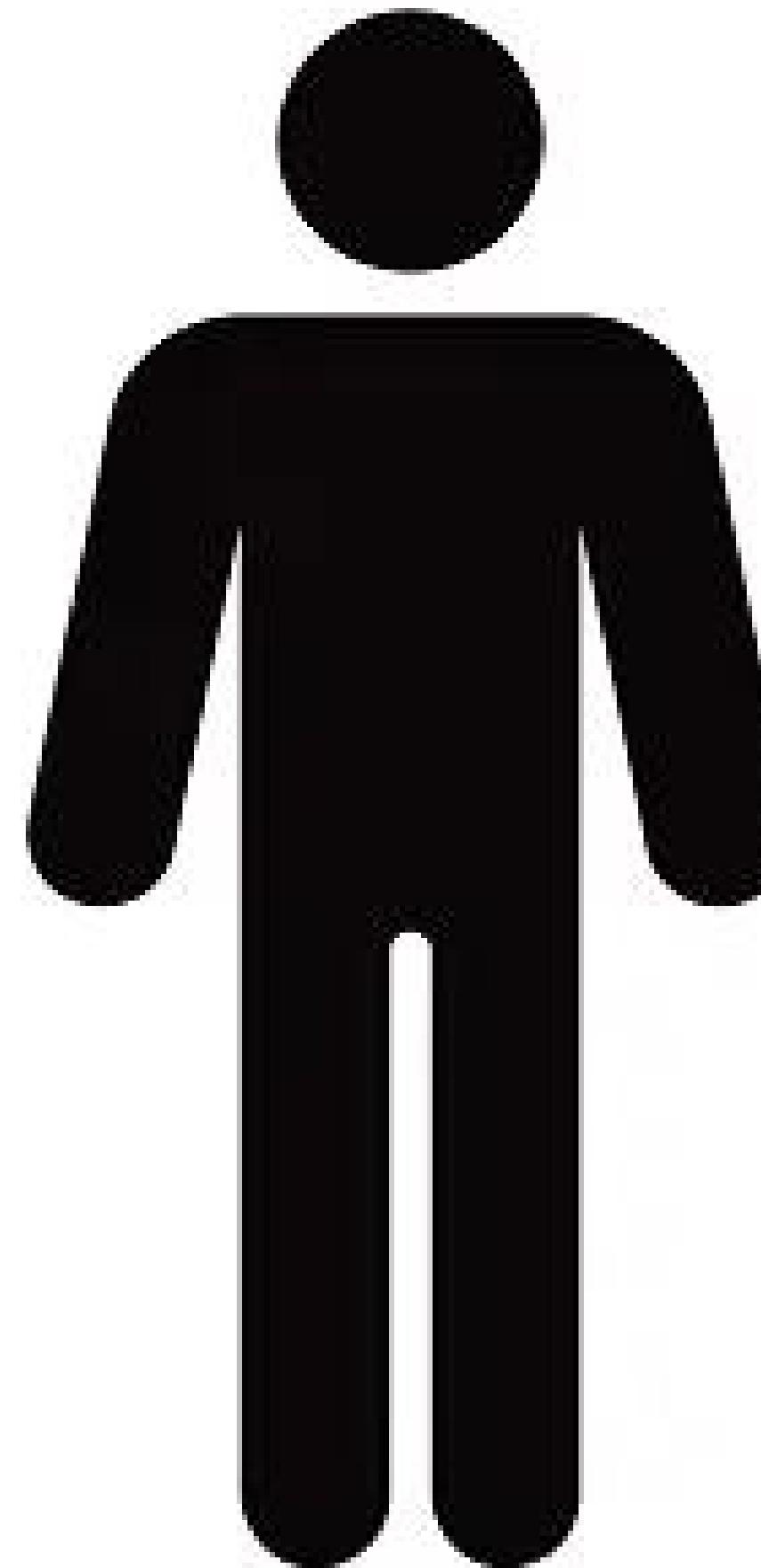
SU PAGO HA SIDO CORRECTAMENTE ACEPTADO



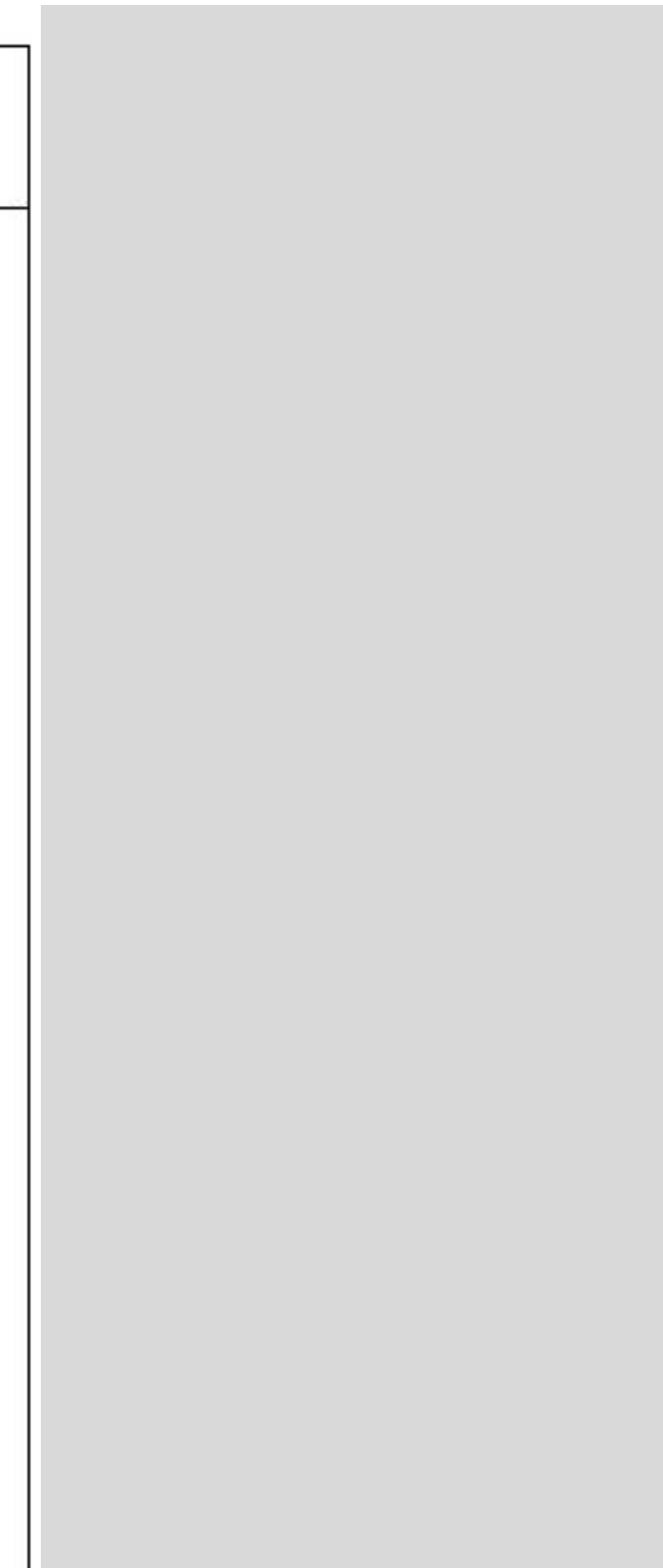
Su pago ha sido enviado correctamente. Por favor
verificar si esta reflejado.



PAGOS DEL PACIENTE

[Regresar](#)

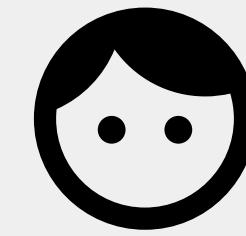
HISTORIAL DE PAGOS	PROCEDER A PAGAR

[Aceptar cobro](#)

PACIENTE: Juan Mendoza

[Cerrar sesion](#)

PACIENTE



Paciente:
Juan Mendoza

Familiar:
Roberto Mendoza

Doctor y enfermera a cargo:
Alan Salinas, Cintia Rodriguez

[Generar historial
clínico digital](#)[Crear receta
electrónica](#)[Generar factura](#)[Gestionar pagos](#)

HISTORICO DE DATOS

Oximetría	Frecuencia respiratoria	Frecuencia cardíaca	Temperatura	Presión arterial	Glicemias



CALENDARIO DE CITAS

Buscando por:

Fecha:

Hora:



Buscar cita



CALENDARIO DE CITAS

Buscando por:

Fecha:

Hora:

Buscar cita



Jose Antonio Zambrano Morales
Edad: 26 años
Genero: Masculino



Fernanda Gonzalez Parra
Edad: 35 años
Genero: Femenino



Gustavo Mora Velazquez
Edad: 73 años
Genero: Masculino



Regresar

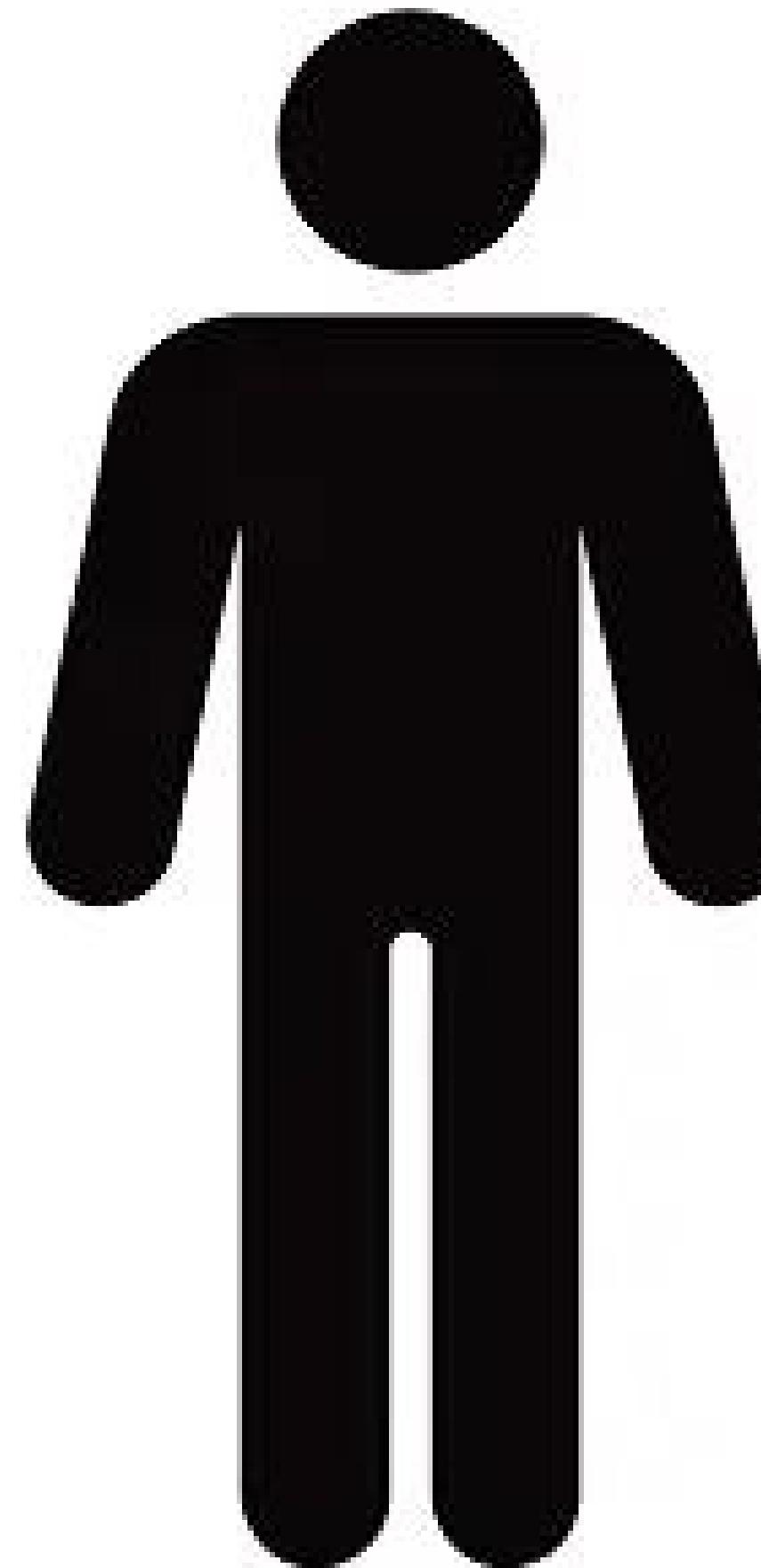
SU PAGO HA SIDO CORRECTAMENTE ACEPTADO



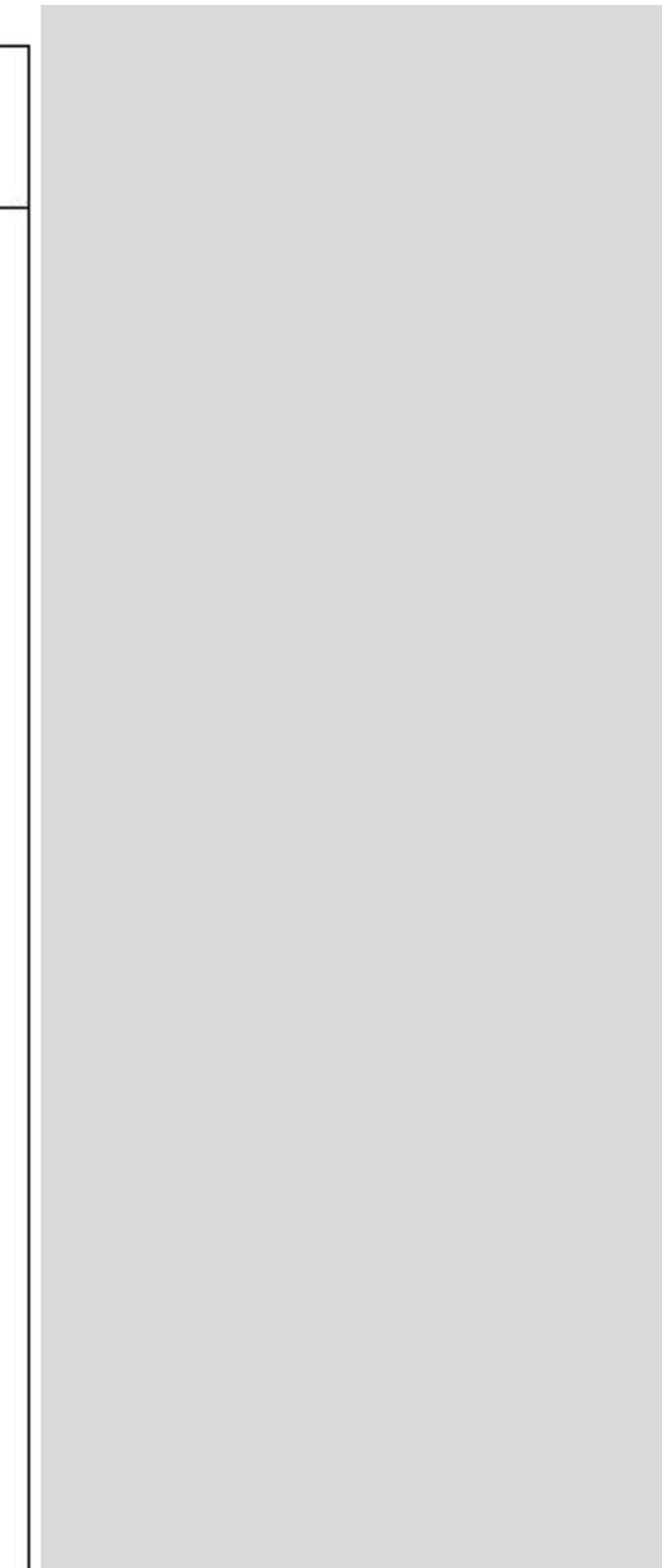
Su pago ha sido enviado correctamente. Por favor
verificar si esta reflejado.



PAGOS DEL PACIENTE

[Regresar](#)

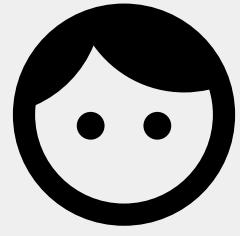
HISTORIAL DE PAGOS	PROCEDER A PAGAR

[Aceptar cobro](#)

PACIENTE: Juan Mendoza



PACIENTE



Paciente:
Juan Mendoza

Familiar:
Roberto Mendoza

Doctor y enfermera a cargo:
Alan Salinas, Cintia Rodriguez

Generar historial
clínico digital

Crear receta
electrónica

HISTORICO DE DATOS

Por favor verifique que los datos ingresados sean
correctos y vuelva a intentar



Oximetría	Frecuencia respiratoria	Frecuencia cardíaca	Temperatura	Presión arterial	Glicemias



PACIENTE



Paciente:
Juan Mendoza

Familiar:
Roberto Mendoza

Doctor y enfermera a cargo:
Alan Salinas, Cintia Rodriguez

Generar historial
clínico digital

Crear receta
electrónica

HISTORICO DE DATOS

Por favor verifique que los datos ingresados sean
correctos y vuelva a intentar



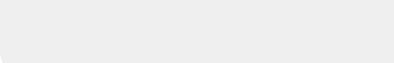
Oximetría	Frecuencia respiratoria	Frecuencia cardíaca	Temperatura	Presión arterial	Glicemias



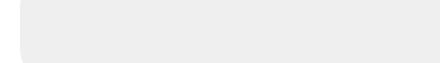
CALENDARIO DE CITAS

Buscando por:

Fecha:



Hora:

**Buscar cita**

Ha ocurrido un error, la fecha y hora que ha seleccionado ya se encuentra reservada.

Por favor seleccione otra fecha/hora y vuelva a intentar.

**Jose Antonio Zambrano Morales**

Edad: 26 años

Genero: Masculino

**Fernanda Gonzalez Parra**

Edad: 35 años

Genero: Femenino

**Gustavo Mora Velazquez**

Edad: 73 años

Genero: Masculino

Ingrese numero de documento:

Numero documento:

456789 |



Regresar

LA RECETA HA SIDO ENVIADA A LA FARMACIA



La farmacia recibira la receta. Por favor indique al paciente que debe recoger su receta y medicamentos



CREAR RECETA MEDICA

[Enviar a farmacia](#)

Medi+

DR. OLIVIA BETAZNOS MORALES

[Regresar](#)

Medico general

Cédula Profesional #129045-B

Av 9 Ote 404,Centro histórico de Puebla, 72000
Heroica Puebla de Zaragoza, Pue.

Ingrese nombre de paciente:

Ingrese la fecha:

Ingrese la talla:

Ingrese la edad:

Medicamentos recetados:

FAVOR DE TRAER SU RECETA EN LA PROXIMA CITA

FIRMA DEL MEDICO



HISTORIAL CLINICO DIGITAL

Nombre y apellidos

Edad

Sexo

Fecha de nacimiento:

Si es menor o envejeciente, nombre del responsable:

Parentesco del responsable:

Lugar de trabajo:

Indicar el nombre de la empresa o si no trabaja dejar vacío el espacio

Aseguradora

Numero de celular o telefono:

Direccion:

Agregar numero de casa. Ej, Loma bonita #20

COVID-19 (marque únicamente la opción que aplique) *

	SI	NO	No sabe
¿Ha sidodiagnosticado positivo con COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿En caso afirmativo, tiene más de 21 días desde su ultima prueba negativa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Ha presentado síntomas de fiebre o gripe en los últimos días?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Ha estado en contacto con un paciente positivo de COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha recibido la primera dosis de la vacuna contra COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha recibido la segunda dosis de la vacuna contra COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si es mujer la paciente, ¿Esta embarazada?:

En caso de que si, ¿Todo transcurre bien?:

Cancelar

Siguiente parte

Ingrese su nombre:

Nombre:

Raul Perez Martinez

Ingrese correo:

Nombre:

raul@gmail.com |



¡BIENVENIDO!

¿Que desea realizar?



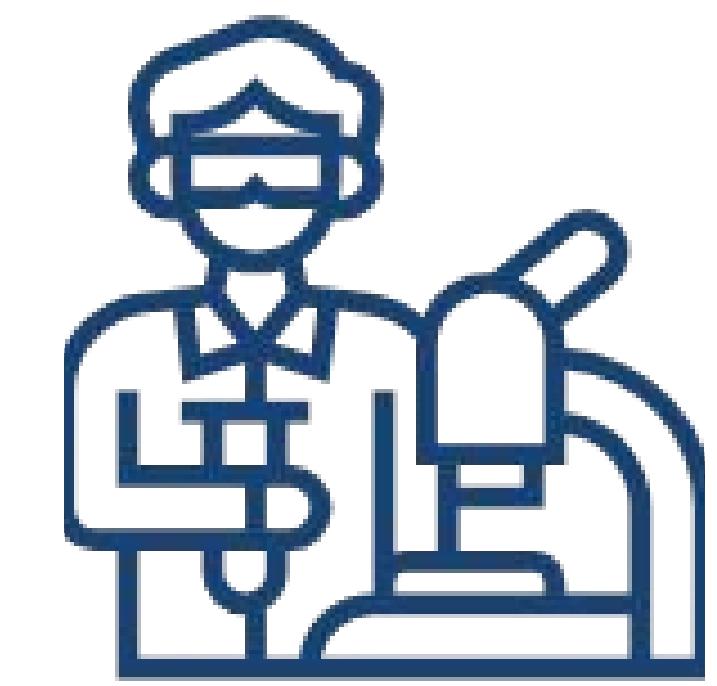
Generar cita



Imprimir historial clínico



Consultar estatus
de cita



Imprimir resultados
de laboratorio

Cerrar sesión



GENERACION DE CITAS

Seleccione fecha de cita

Seleccione sede de hospital

Descripcion del malestar:

Enviar



[Volver al menú](#)



SISTEMA DE FACTURACIÓN

Nombre

Edad

Sexo

Estado civil

Dirección

RFC

Persona física o moral

Regimen fiscal

Domicilio

E firma

Imprimir recibo

Cancelar



ANTECEDENTES MEDICOS PERSONALES: (marque únicamente la opción que aplique) *

	SI	NO	No sabe
Dolores de cabeza, convulsiones, mareos, parálisis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anemia, desórdenes sanguíneos o problemas de coagulación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ulcera, gastritis, cirrosis, colitis, hemorroides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asma, amigdalitis, enfisema, afección laríngea o en bronquios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedades de la tiroides, alteraciones de las grasas o ácidos úrico sanguíneos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirugías, traumas, (accidentes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer, tumores, radioterapia o quimioterapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipertensión, infartos, anginas, soplos, arritmias, enfermedad coronaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infecciosos: Ha tenido o sospecha tener Hepatitis, tuberculosis, SIDA o HIV (+), sífilis o alguna enfermedad infecciosa grave?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infecciones de la piel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedades renales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANTECEDENTES ODONTOLOGICOS: (marque únicamente la opción que aplique) *

	SI	NO	No sabe
¿Ha sido sometido a tratamientos odontológicos previos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Usa o ha usado algún tipo de aparatología?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Ha recibido instrucciones en salud oral?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Usa el hilo dental, enjuague bucal u otros elementos de higiene oral?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se ha realizado alguna extracción o cirugía Bucal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En caso afirmativo de la respuesta anterior, ¿Ha presentado alguna complicación? Parestesia, Mala Cicatrización o sangrado abundante?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Sufre de Queilofagia (Morderse los labios)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Sufre de Onicofagia (Morderse las uñas)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Sufre de Bruxismo (Apretar los Dientes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se chupa el dedo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Ha tenido una experiencia negativa en una visita previa al Odontólogo? o ¿Tiene Fobia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[Regresar](#)
[Siguiente parte](#)



Regresar

LA RECETA HA SIDO ENVIADA A LA FARMACIA



La farmacia recibira la receta. Por favor indique al paciente que debe recoger su receta y medicamentos

▼
CREAR RECETA MEDICA**Medi+****DR. OLIVIA BETAZNOS MORALES****Medico general****Cédula Profesional #129045-B****Av 9 Ote 404,Centro histórico de Puebla, 72000
Heroica Puebla de Zaragoza, Pue.****Regresar***La informacion ingresada no concuerda con el
campo establecido*

Ingrese nombre de paciente:

Ingrese la fecha:

Ingrese la talla:

Ingrese la edad:

Medicamentos recetados:

FAVOR DE TRAER SU RECETA EN LA PROXIMA CITA

FIRMA DEL MEDICO



HISTORIAL CLINICO DIGITAL

Nombre y apellidos

Edad

Sexo

Fecha de nacimiento:

Si es menor o envejeciente, nombre del responsable:

Parentesco del responsable:

Lugar de trabajo:

Indicar el nombre de la empresa o si no trabaja dejar vacío el espacio

Aseguradora

Número de celular o teléfono:

Dirección:

Agregar número de casa. Ej, Loma bonita #20

COVID-19 (marque únicamente la opción que aplique) *

	SI	NO	No sabe
¿Ha sidodiagnosticado positivo con COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿En caso afirmativo, tiene más de 21 días desde su ultima prueba negativa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Ha presentado síntomas de fiebre o gripe en los últimos días?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Ha estado en contacto con un paciente positivo de COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha recibido la primera dosis de la vacuna contra COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha recibido la segunda dosis de la vacuna contra COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si es mujer la paciente, ¿Está embarazada?:

En caso de que si, ¿Todo transcurre bien?:

[Cancelar](#)

Verifique que la información haya sido ingresada
correctamente y vuelva a intentar

[Siguiente parte](#)



ANTECEDENTES MEDICOS PERSONALES: (marque únicamente la opción que aplique) *

	SI	NO	No sabe
Dolores de cabeza, convulsiones, mareos, parálisis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anemia, desórdenes sanguíneos o problemas de coagulación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ulcera, gastritis, cirrosis, colitis, hemorroides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asma, amigdalitis, enfisema, afección laríngea o en bronquios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedades de la tiroides, alteraciones de las grasas o ácidos úrico sanguíneos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirugías, traumas, (accidentes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer, tumores, radioterapia o quimioterapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipertensión, infartos, anginas, soplos, arritmias, enfermedad coronaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infecciosos: Ha tenido o sospecha tener Hepatitis, tuberculosis, SIDA o HIV (+), sífilis o alguna enfermedad infecciosa grave?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infecciones de la piel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedades renales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANTECEDENTES ODONTOLOGICOS: (marque únicamente la opción que aplique) *

	SI	NO	No sabe
¿Ha sido sometido a tratamientos odontológicos previos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Usa o ha usado algún tipo de aparatología?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Ha recibido instrucciones en salud oral?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Usa el hilo dental, enjuague bucal u otros elementos de higiene oral?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se ha realizado alguna extracción o cirugía bucal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En caso afirmativo de la respuesta anterior, ¿Ha presentado alguna complicación? Parestesia, Mala Cicatrización o sangrado abundante?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Sufre de Queilofagia (Morderse los labios)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Sufre de Onicofagia (Morderse las uñas)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Sufre de Bruxismo (Apretar los Dientes)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se chupa el dedo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Ha tenido una experiencia negativa en una visita previa al Odontólogo? o ¿Tiene Fobia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[Regresar](#)



Verifique que todas las preguntas hayan sido respondidas y vuelva a intentar

[Siguiente parte](#)

Ingrese nombre de paciente:

Nombre:

Raul Gonzalez Marquez |

Ingrese la fecha

Nombre:

15 de Abril 2024 |

Ingrese su peso:

Peso:

65kg |



*¡SU CITA HA SIDO ENVIADA
CORRECTAMENTE!*



**Por favor, espere la aceptacion de su cita. Puede
consultar el estatus en el menú principal**

[Volver al menú](#)



CONSULTA DE HISTORIAL CLINICO DIGITAL

Fill in our medical history form to receive a complete diagnosis of the symptoms you are experiencing. We will create your medical profile in our database and a doctor will contact you shortly for an appointment.

Name*
 First Last

Phone*
 #### # ####

What is your gender?*
 Male
 Female

If you are a woman, do you experience pregnancy at the moment?
 Yes

Check the medical symptoms that you are currently experiencing:
Separate other symptoms by commas.

- Chest pain
- Respiratory
- Cardiovascular
- Hematological
- Lymphatic
- Neurological
- Psychiatric
- Gastrointestinal
- Genitourinary
- Weight gain
- Weight loss
- Musculoskeletal
- other:

Check the conditions that apply to you or to any members of your immediate relatives:
Complete your medical history background with information related to your origins.

- Asthma
- Cancer
- Cardiac disease
- Diabetes
- Hypertension
- Psychiatric disorders
- Epilepsy

Diseases you had in childhood.

- Chickenpox
- Whooping cough
- Erythema infectiosum
- Three-day-fever (roseola infantum)
- Hand, foot and mouth disease
- Scarlet fever
- other:

Are you currently taking any medication? Please specify them here.

Los resultados se muestran en la parte izquierda de la pantalla

Imprimir

Volver al menú



¿Cuál es el principal motivo de su consulta Odontológica *

- Primera Visita al Odontólogo
- Evaluación Completa
- Blanqueamiento
- Pérdida Dental (Prótesis)
- Ortodoncia o mal formación dental
- Caries o Empaste
- Endodoncia Indicada
- Afta o inflamación tejidos blandos
- Carillas Dentales
- Other
- Chequeo o Consulta de Rutina
- Profilaxis de rutina
- Dolor Dental
- Sangrado de Encías
- Halitosis o Mal Aliento
- Extracción Indicada
- Fractura Dental
- Insatisfacción con dentista habitual

¿Tiene usted alguna discapacidad? *

- SI
- NO

DISCAPACIDAD

¿Usted fuma? *

- SI
- NO

ALCOHOL: ¿Toma usted alcohol? *

- SI
- NO

CAFE: ¿Toma usted café? *

- SI
- NO



¿Toma usted algún medicamento de forma habitual? *

- SI
- NO

MEDICAMENTOS HABITUALES

ALERGIA A ALGUN MEDICAMENTO O ALIMENTOS *

- SI
- NO

NOMBRE LOS MEDICAMENTO Y/O ALIMENTOS A LOS QUE ES ALERGICO

ALGUNA OBSERVACION AL MOMENTO SOBRE SU SALUD

Declaración: El paciente registra y declara que toda la información indicada u omitida en esta historia clínica es de su exclusiva responsabilidad, liberando expresamente a nuestra empresa de cualquier responsabilidad, tanto civil como penal, que pudiera producirse como consecuencia de información errónea, incompleta, falsa u omitida.

El paciente entrega esta información sólo para efectos de su procedimiento, esta información no podrá ser divulgada a terceras personas sin su previo consentimiento salvo requerimientos judiciales.

El paciente que firma la presente ficha declara expresamente conocer y aceptar a su plena y total satisfacción lo anteriormente expuesto.

Firme el documento

Sign Here



Powered by [Jotform Sign](#)

Limpiar

[Enviar historial](#)

[Adjuntar resultados de laboratorio](#)

[Regresar](#)



GENERACION DE CITAS

Seleccione fecha de cita

Seleccione sede de hospital

Descripcion del malestar:

Enviar

Actualmente el servicio esta presentando fallas, por favor intente generar una cita nuevamente en unos minutos



Volver al menú



GENERACION DE CITAS

Seleccione fecha de cita

Seleccione sede de hospital

Descripcion del malestar:

Enviar

La fecha y/o sede se encuentran llenos, por favor seleccione una nueva fecha y/o horario y vuelva a intentar



[Volver al menú](#)

SISTEMA DE FACTURACIÓN

Nombre

Edad

Sexo

Estado civil

Dirección

RFC

Persona física o moral

Regimen fiscal

Domicilio

E firma



Por favor verifique que sus datos hayan sido
ingresados correctamente y vuelva a intentar

Imprimir recibo**Cancelar**

SISTEMA DE FACTURACIÓN

Nombre

Edad

Sexo

Estado civil

Dirección

RFC

Persona fisica o moral

Regimen fiscal

Domicilio

E firma



Actualmente nuestro sistema esta presentando fallas, por favor vuelva a intentar generar su factura en unos minutos

Imprimir recibo**Cancelar**



¿Cuál es el principal motivo de su consulta Odontológica *

- Primera Visita al Odontólogo
- Evaluación Completa
- Blanqueamiento
- Pérdida Dental (Prótesis)
- Ortodoncia o mal formación dental
- Caries o Empaste
- Endodoncia Indicada
- Afta o inflamación tejidos blandos
- Carillas Dentales
- Other
- Chequeo o Consulta de Rutina
- Profilaxis de rutina
- Dolor Dental
- Sangrado de Encías
- Halitosis o Mal Aliento
- Extracción Indicada
- Fractura Dental
- Insatisfacción con dentista habitual

¿Tiene usted alguna discapacidad? *

- SI
- NO

DISCAPACIDAD

¿Usted fuma? *

- SI
- NO

ALCOHOL: ¿Toma usted alcohol? *

- SI
- NO

CAFE: ¿Toma usted café? *

- SI
- NO



Verifique que todas las campos hayan sido respondidas y vuelva a intentar

Regresar

Siguiente parte



Los resultados de laboratorio aun no han llegado.



**Por favor espere o comuníquese con el personal
medico correspondiente.**



SUS RESULTADOS DE LABORATORIO YA HAN SIDO REALIZADOS

Imprimir resultados

RESULTADOS DE LABORATORIO

Av. Canal de Tezontle 1520 A, Col.Dr. Alfonso Ortiz Tirado. Del.Iztapalapa,MEXICO, CDMX.



Certificado
ISO 9001:2008

Hora: 14:00:23 7 Diciembre 2017
PACIENTE DE PRUEBA F/N: XX/XX/XX
Clave Paciente: XXXX010101
Sexo: Femenino Edad: 28 años 8 meses
Médico Prueba

No. General

Plaza Oriente: XXXXX
Entrega: 07/12/17
de 16:00 a 18:00



OR

No. Gral.: XXXXX
Nota de Venta: XXX - XXXXX

Profiles
PERFIL BASICO

ESTUDIOS SOLICITADOS

Seiscientos ochenta Pesos 00/100 M.N.

LAP9408085S6 Rosa Blanca 63 Molino de Rosas Alvaro Obregon Ciudad de México MEXICO 01470
Expedido En: Rosa Blanca 63 Molino de Rosas Alvaro Obregón Ciudad de México MEXICO 01470

MUDS
Los resultados de los Estudios de Laboratorio registrados en esta orden estarán disponibles en la página Web de LAPI (www.lapi.com.mx), a partir de la fecha de entrega mencionada en la misma. Los estudios Anticuerpos Anti HIV 1 + 2 y Drogas de Abuso no estarán disponibles en la web.
Acepto: _____ Nombre y Firma

680.00

PACIENTE

Volver al menú



ESTATUS DE LA CITA



1-12 of 13			
Primary	Social	Promotions	Inbox
Behance	You Have 6 New Followers, 1 New Project Comment and Lots More Attention for Your ... - If you are having trouble...		11:51 pm
DesignCrowd	New design jobs posted on DesignCrowd - Check out our 67 logo, 4 website and 48 other design projects posted...		10:33 pm
Behance	You Have 6 New Followers, 1 New Project Comment and Lots More Attention for Your Work! - If you are having trouble...		11:51 pm
99designs	A winner chosen - "GogoCar.com needs a new website design" - Hi M0n1joppick has chosen a winner in the co...		11:51 pm
Hü夺zlik	geçen haftanın en beğenilen girişleri		11:51 pm
idemama.com	Proje Daveti - İkinci21 tarafından 550 TL ödüle sahip mühendislik... projelerine davet ediliyor! Mıthaca programı...		11:51 pm
GOBOTI.COM	Bayram Hediyesinin Sonuna Kadar Tüm Tişört ve Sweatshirtler 16. Gün Fiyatıyla Satışta! - Uygun Büyüklük: Fiyatları		11:51 pm
Twitter for Business	Get new customers ahead of the holidays! - Quickly grow your community of loyal followers. View email in your inbox		11:51 pm
Gmail Team	Customize Gmail with colors and themes - To spice up your inbox with colors and themes, check out the Themes tab.		11:51 pm
Google Analytics	Tips: Get regular updates on your site's performance - Dive into and stay on top of your website's performance by...		11:51 pm
adwords-noreply	Google AdWords ile İye Koyulmak - Google'ın Mıthacı, Tercihinizi AdWords'ajmıza Koyulduğunuz Mıthacı		11:51 pm

[Volver al menú](#)



**EL HISTORIAL MEDICO YA HA
SIDO ENVIADO AL PACIENTE**



**El paciente recibira en breve el historial clinico
para su respectiva impresion**



¡BIENVENIDO!

¿Que desea realizar?



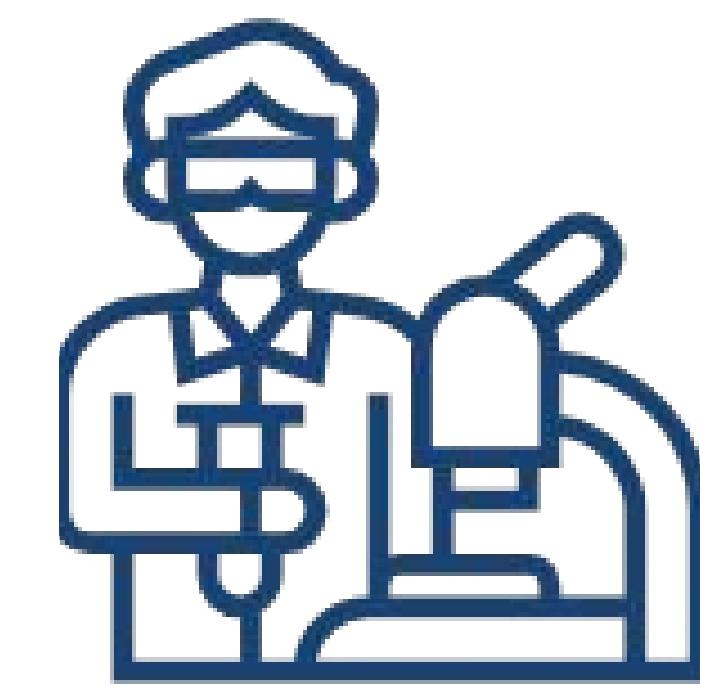
Generar cita



Imprimir historial clínico



Consultar estatus de cita



Imprimir resultados de laboratorio



Cerrar sesión

Hubo un problema con el servidor y no se puede procesar su solicitud



**LOS RESULTADOS YA HAN SIDO
ENVIADOS AL PACIENTE**



**El paciente recibira en breve los resultados para
su respectiva impresion**



RESULTADOS DE LABORATORIO

Av. Canal de Tezontle 1520 A, Col.Dr. Alfonso Ortiz Tirado. Del.Iztapalapa,MEXICO, CDMX.



Hora: 14:00:23 7 Diciembre 2017
PACIENTE DE PRUEBA F/N: XX/XX/XX
Clave Paciente: XXXX010101
Sexo: Femenino Edad: 28 años 8 meses
Médico Prueba

Plaza Oriente: XXXXX
Entrega: 07/12/17
de 16:00 a 18:00



OR

No. Gral.: **xxxxxx**
Nota de Venta: XXX - XXXXX

Enviar resultados

Perfiles
PERFIL BASICO

ESTUDIOS SOLICITADOS

Muestra

Seiscientos ochenta Pesos 00/100 M.N.

LAP9408085S6 Rosa Blanca 63 Molino de Rosas Alvaro Obregon Ciudad de México MEXICO 01470
Expedido En: Rosa Blanca 63 Molino de Rosas Alvaro Obregón Ciudad de México MEXICO 01470

MUDS

Los resultados de los Estudios de Laboratorio registrados en esta orden estarán disponibles en la página Web de LAPI (www.lapi.com.mx), a partir de la fecha de entrega mencionada en la misma. Los estudios Anticuerpos Anti HIV 1 + 2 y Drogas de Abuso no estarán disponibles en la web.
Acepto: _____ Nombre y Firma

680.00

PACIENTE

Regresar



*¡SU CITA HA SIDO ENVIADA
CORRECTAMENTE!*



**Por favor, espere la aceptacion de su cita. Puede
consultar el estatus en el menú principal**

[Volver al menú](#)



CONSULTA DE HISTORIAL CLINICO DIGITAL

Fill in our medical history form to receive a complete diagnosis of the symptoms you are experiencing. We will create your medical profile in our database and a doctor will contact you shortly for an appointment.

Name*
 First Last

Phone*
 #### # ####

What is your gender?*
 Male
 Female

If you are a woman, do you experience pregnancy at the moment?
 Yes

Check the medical symptoms that you are currently experiencing:
Separate other symptoms by commas.

- Chest pain
- Respiratory
- Cardiovascular
- Hematological
- Lymphatic
- Neurological
- Psychiatric
- Gastrointestinal
- Genitourinary
- Weight gain
- Weight loss
- Musculoskeletal
- other:

Check the conditions that apply to you or to any members of your immediate relatives:
Complete your medical history background with information related to your origins.

- Asthma
- Cancer
- Cardiac disease
- Diabetes
- Hypertension
- Psychiatric disorders
- Epilepsy

Diseases you had in childhood.

- Chickenpox
- Whooping cough
- Erythema infectiosum
- Three-day-fever (roseola infantum)
- Hand, foot and mouth disease
- Scarlet fever
- other:

Are you currently taking any medication? Please specify them here.

Los resultados se muestran en la parte izquierda de la pantalla

Imprimir

Volver al menú



**EL HISTORIAL MEDICO YA HA
SIDO ENVIADO AL PACIENTE**



**El paciente recibira en breve el historial clinico
para su respectiva impresion**



¿Toma usted algún medicamento de forma habitual? *

- SI
- NO

MEDICAMENTOS HABITUALES

ALERGIA A ALGUN MEDICAMENTO O ALIMENTOS *

- SI
- NO

NOMBRE LOS MEDICAMENTO Y/O ALIMENTOS A LOS QUE ES ALERGICO

ALGUNA OBSERVACION AL MOMENTO SOBRE SU SALUD

Declaración: El paciente registra y declara que toda la información indicada u omitida en esta historia clínica es de su exclusiva responsabilidad, liberando expresamente a nuestra empresa de cualquier responsabilidad, tanto civil como penal, que pudiera producirse como consecuencia de información errónea, incompleta, falsa u omitida.

El paciente entrega esta información sólo para efectos de su procedimiento, esta información no podrá ser divulgada a terceras personas sin su previo consentimiento salvo requerimientos judiciales.

El paciente que firma la presente ficha declara expresamente conocer y aceptar a su plena y total satisfacción lo anteriormente expuesto.

Firme el documento

Sign Here



Powered by [Jotform Sign](#)

Limpiar

[Enviar historial](#)

[Adjuntar resultados de laboratorio](#)

Verifique que todas las campos hayan sido respondidas y vuelva a intentar

[Regresar](#)





Los resultados de laboratorio aun no han llegado.



**Por favor espere o comuníquese con el personal
medico correspondiente.**



SUS RESULTADOS DE LABORATORIO YA HAN SIDO REALIZADOS

Imprimir resultados

RESULTADOS DE LABORATORIO

Av. Canal de Tezontle 1520 A, Col.Dr. Alfonso Ortiz Tirado. Del.Iztapalapa,MEXICO, CDMX.



Certificado
ISO 9001:2008

Hora: 14:00:23 7 Diciembre 2017
PACIENTE DE PRUEBA F/N: XX/XX/XX
Clave Paciente: XXXX010101
Sexo: Femenino Edad: 28 años 8 meses
Médico Prueba

No. General

Plaza Oriente: XXXXX
Entrega: 07/12/17
de 16:00 a 18:00



OR

No. Gral.: XXXXX
Nota de Venta: XXX - XXXXX

Profiles
PERFIL BASICO

ESTUDIOS SOLICITADOS

Seiscientos ochenta Pesos 00/100 M.N.

LAP9408085S6 Rosa Blanca 63 Molino de Rosas Alvaro Obregon Ciudad de México MEXICO 01470
Expedido En: Rosa Blanca 63 Molino de Rosas Alvaro Obregón Ciudad de México MEXICO 01470

MUDS
Los resultados de los Estudios de Laboratorio registrados en esta orden estarán disponibles en la página Web de LAPI (www.lapi.com.mx), a partir de la fecha de entrega mencionada en la misma. Los estudios Anticuerpos Anti HIV 1 + 2 y Drogas de Abuso no estarán disponibles en la web.
Acepto: _____ Nombre y Firma

680.00

PACIENTE

Volver al menú



ESTATUS DE LA CITA

made for
Google

1-12 of 13			
Primary	Social	Promotions	Inbox
Behance	You Have 6 New Followers, 1 New Project Comment and Lots More Attention for Your ... - If you are having trouble ...	11:51 pm	
DesignCrowd	New design jobs posted on DesignCrowd - Check out our 67 logo, 4 website and 48 other design projects poste ...	10:33 pm	
Behance	You Have 6 New Followers, 1 New Project Comment and Lots More Attention for Your Work! - If you are having trouble ...	11:51 pm	
99designs	A winner chosen - "GogoCar.com needs a new website design" - Hi M0n1joppick has chosen a winner in the co ...	11:51 pm	
Hü夺zlik	geçen haftanın en beğenilen girişleri	11:51 pm	
idemama.com	Proje Daveti - İkinci21 tarafından 550 TL ödüle sahip mühendislik... projedime davet ettiğimiz Mert habe projem ...	11:51 pm	
GOBOTI.COM	Bayram Hediyesinin Sonuna Kadar Tüm Tişört ve Sweatshirtler 16. Gün Fıyatıyla Satışta! - Uygun Büyüklük: Fiyatları	11:51 pm	
Twitter for Business	Get new customers ahead of the holidays! - Quickly grow your community of loyal followers. View email in your inbox	11:51 pm	
Gmail Team	Customize Gmail with colors and themes - To spice up your inbox with colors and themes, check out the Themes tab.	11:51 pm	
Google Analytics	Tips: Get regular updates on your site's performance - Dive into and stay on top of your website's performance by ...	11:51 pm	
adwords-noreply	Google AdWords ile İye Koyulmak - Google'ın Mertebesi, Tercihləri, AdWords növü, təqarruylar kəşf edin! Müştəri hiz ...	11:51 pm	



**LOS RESULTADOS YA HAN SIDO
ENVIADOS AL PACIENTE**



**El paciente recibira en breve los resultados para
su respectiva impresion**



RESULTADOS DE LABORATORIO

Av. Canal de Tezontle 1520 A, Col.Dr. Alfonso Ortiz Tirado. Del.Iztapalapa,MEXICO, CDMX.



Hora: 14:00:23 7 Diciembre 2017
PACIENTE DE PRUEBA F/N: XX/XX/XX
Clave Paciente: XXXX010101
Sexo: Femenino Edad: 28 años 8 meses
Médico Prueba

Plaza Oriente: XXXXX
Entrega: 07/12/17
de 16:00 a 18:00



OR

No. Gral.: **xxxxxx**
Nota de Venta: XXX - XXXXX

Enviar resultados

Perfiles
PERFIL BASICO

ESTUDIOS SOLICITADOS

Muestra

Seiscientos ochenta Pesos 00/100 M.N.

LAP9408085S6 Rosa Blanca 63 Molino de Rosas Alvaro Obregon Ciudad de México MEXICO 01470
Expedido En: Rosa Blanca 63 Molino de Rosas Alvaro Obregón Ciudad de México MEXICO 01470

MUDS

Los resultados de los Estudios de Laboratorio registrados en esta orden estarán disponibles en la página Web de LAPI (www.lapi.com.mx), a partir de la fecha de entrega mencionada en la misma. Los estudios Anticuerpos Anti HIV 1 + 2 y Drogas de Abuso no estarán disponibles en la web.
Acepto: _____ Nombre y Firma

680.00

PACIENTE

Regresar