

## **SOLICITUD DE ESTUDIOS**

Nombre de Paciente:

Fecha de Nacimiento:

Estudio

	Nombre del médico:		
	Especialidad:		
	Cédula profesional:		
	Escuela o institución:		
•	Número de celular:		
•	Correo electrónico:		
_	Fecha	:	
_			



Tipo

Indicaciones

Plaza W Vía Atlixcayotl 3248 Local 111-D Plaza W Contáctanos al: 222 577 2730 • (222) 431 42 18 • (222) 210 73 09 • (222) 210 73 47

Firma de médico