

Información Personal

Nombres:

{{name}}

Apellidos:

{{last_name}}

Cédula:

{{cc}}

Fecha de nacimiento:

{{date}}

sexo:

{{sex}}

Información de Contacto

Telefono:

{{number_phone}}

Correo Electronico:

{{correo}}

Direccion de Residencia

Direccion domicilio Paciente:

{{direc}}

Departemento:

{{deparment}}

Ciudad:

{{city}}

Codigo Postal:

{{code_postal}}

Datos de Contacto de Emergencia

Nombre Completo:

{{name_complete}}

Parentezco:

{{parente}}

Telefono:

{{number_phone}}