

DATOS DEL PACIENTE									
UNIDAD MÉDICA	NOMBRE DEL PACIENTE				CURP		FECHA / /		
LUGAR DE ORIGEN	FECHA DE NACIMIENTO / /		SEXO		GRUPO ÉTNICO		RELIGIÓN		
ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN			ESCOLARIDAD			TELÉFONO		
CALLE		NÚMERO		COLONIA		ALCADÍA O MUNICIPIO		CODIGO POSTAL	
		INT.	EXT.						
DATOS DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE									
NOMBRE COMPLETO				CALLE		NÚMERO			
						INT.		EXT.	
COLONIA		ALCADÍA O MUNICIPIO		CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO		PARENTEZCO	
NOTAS ADICIONALES									