

<b>Informacion Personal</b>		
<b>Cedula:</b>	<b>Nombre:</b>	<b>Apellido:</b>
<b>Edad:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>
<b>Informacion de Contacto</b>		
<b>Telefono:</b>	<b>Email:</b>	
<b>Seguro:</b>	<b>Representante:</b>	
<b>Direccion:</b>		
<b>Informacion Medica</b>		
<b>Tipo Sanguineo:</b>	<b>Patologias Conocidas:</b>	
<b>Motivo de Consulta:</b>		
<b>Fecha Consulta</b>	<b>Observaciones de Consulta</b>	

