



Miguel Ángel Macías Islas
NEURÓLOGO

Nombre:

Texto

Edad: Número H M Q Tel: #

e-mail

Domicilio: calle # colonia municipio ciudad estado país

código postal

MOTIVO DE CONSULTA:

Texto

ANTECEDENTES:

Diabetes (si) (no)

Hipertensión (si) (no)

Obesidad (si) (no)

Tabaquismo (si) (no)

alcoholismo (si) (no)

Drogas (si) (no)

EXAMEN FÍSICO:

S.V. TA #/# FC # FR # T #

~~Neurología~~

CARDIOVASCULAR (normal) si no

respiratorio " "

Gastro intestinal " "

Genito-urinario " "

Musculo-esquelético " "

Piel