

ALCALDÍA MUNICIPAL DE GUADALAJARA DE BUGA



Información del Paciente

Nombres:	RH:
Apellidos:	Edad:
Cedula:	Telefono:
Direccion:	ID:
Información del Acudiente	
Nombres:	
Apellidos:	
Teléfono:	
Direccion:	
Historia Clínica:	