



Expediente Médico

Nombre del Paciente: Prueba 2 Prueba 2		Genero: Masculino		Fecha de Nacimiento:	
Dirección:				Ciudad: , No definido	
CP.:	Tel.:	Movil:	Email:		
Edad: Años	Estatura: Mts.	Profesion:	Médico de Seguimiento:		
A.H.F.:		OB TIPO:	GENOVE:		
ANDROIDE:		A.P.N.P.:	A.P.P.:		
A.G.O.:		DIETAS:			
Antecedentes:					

Resumen de Consultas:

Fecha: 2017/02/25 07:00hrs. - CDSO-000001 - Tipo de	
Consulta: Seguimiento	
Peso: Kgs. - Presión Arterial: - Médico que consulta: Martha Perez	
Motivos Consulta: Tratamiento	
detalle	
Diagnóstico: Sobre Peso	
detalle del diagnostico	
Detalles del tratamiento:	
Prueba 1	
Otros comentarios:	
otros comentarios	
No. Guia recetada: 02	
Cuello:	15
Cintura:	Pecho:
Abdomen:	Cadera:
Muslo:	Pantorrilla: