



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Comprobante de Cita Odontológica

| Motivo de Consulta | Numero de Expediente | |
|-------------------------|---------------------------------|--------------|
| Cita Primera Vez | Sin registro Previo | |
| Clave de RFC o CURP | Nombre del Paciente | |
| AALL960926HMCLCN08 | ÁLVAREZ LECHUGA LEONARDO DANIEL | |
| Unidad de Atencion | Fecha de cita | Hora de cita |
| CRED Unidad de Posgrado | 2023-09-06 | 10:00 |

CUESTIONARIO COVID-19

| | |
|--|----|
| ¿Ha tenido fiebre mayor a 37.8°C en los últimos 4 días? | No |
| ¿Ha tenido dolor de garganta en los últimos 4 días? | No |
| ¿Ha tenido escurrimiento nasal en los últimos 4 días? | No |
| ¿Ha tenido pérdida del olfato o gusto en los últimos 4 días? | No |
| ¿Ha sentido cansancio extremo en los últimos 4 días? | No |
| ¿Ha tenido dificultad para respirar en los últimos 4 días? | No |
| ¿Ha estado en contacto con alguna persona con diagnóstico de COVID-19 o con sospecha de padecerlo? | No |

Fecha de llenado entrevista: 2023-08-16 09:28:44

Documentación

| | |
|---------------------------------|----|
| CURP | Si |
| Identificacion Oficial | Si |
| Comprobante de Domicilio | Si |
| Comprobante vacunacion COVID-19 | Si |
| Refuerzo Vacunacion COVID-19 | Si |

Recomendaciones:

* No olvides cubrebocas y gel antibacterial.

* Llega unicamente 20 minutos antes de tu cita, evitemos aglomeraciones.

La disponibilidad de horarios y cupo para la atención, esta sujeta a cada clinica.

Los cambios y cancelaciones se atenderán en cada clínica via telefónica.

Es importante estar al pendiente de su correo electrónico en caso de cancelación, suspensión o cambio de citas.

