



Consultorio Medico "Santa Isabella"

Medicina General

Folio:

Fecha:

Nombre(s):

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Sexo:

Edad:

Fecha de Nacimiento:

Peso: _____ kg

Talla: _____ cm

FC: _____ lpm

FR: _____ rpm

Temp: _____ °C

TA: _____ mmHg

SpO2: _____ %

GLUC: _____ mg/dl

FUM: _____

Alergias:

Pb IDx:



FAVOR DE TRAER SU RECETA EN LA PROXIMA CITA



CALLE 1, #138, COL. AGRICOLA PANTITLÁN C.P. 08100 CIUDAD DE
MÉXICO, MÉXICO. HORARIO: LUN, MAR, MIER Y VIER 2 PM A 8:30 PM
SABADO Y DOMINGO 11:00 AM A 8:00 PM



Consultorio Medico "Santa Isabella"

Medicina General

Folio:

Fecha:

Nombre(s):

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Sexo:

Edad:

Fecha de Nacimiento:

Peso: _____ kg

Talla: _____ cm

FC: _____ lpm

FR: _____ rpm

Temp: _____ °C

TA: _____ mmHg

SpO2: _____ %

GLUC: _____ mg/dl

FUM: _____

Alergias:

Pb IDx:



FAVOR DE TRAER SU RECETA EN LA PROXIMA CITA



CALLE 1, #138, COL. AGRICOLA PANTITLÁN C.P. 08100 CIUDAD DE
MÉXICO, MÉXICO. HORARIO: LUN, MAR, MIER Y VIER 2 PM A 8:30 PM
SABADO Y DOMINGO 11:00 AM A 8:00 PM