



UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO  
SERVICIO MÉDICO



**DATOS DE FILIACIÓN**

FECHA:	CARRERA:
NOMBRES Y APELLIDOS:	
CÉDULA DE IDENTIDAD:	EDAD:
FECHA DE NACIMIENTO:	ESTADO CIVIL:
DOMICILIO:	
TELÉFONO CONTACTO:	

**ANTECEDENTES**

APP:				
APF:				
AGO:				
ALERGIAS:			HÁBITOS:	
PA:	FC:	PESO:	TALLA:	IMC:

**LISTADO DE DIAGNÓSTICOS**

COD C10	DIAGNÓSTICO	DESCRIPCIÓN

\_\_\_\_\_