

Carrier 🛜 5:18 PM OHACA Usuario Contraseña Iniciar ¿No tienes una cuenta? Registrate aquí

•
Carrier
Registro como Médico
1 2
Información personal:
Nombres:
Apellidos:
Correo:
Fecha de nacimiento:
DNI:
Teléfono:
Contraseña:
Continuar







•
Carrier
Registro como Paciente
1 2
Información personal:
Nombres:
Apellidos:
Correo:
Fecha de nacimiento:
DNI:
Teléfono:
Contraseña:
Continuar

•
Carrier
Registro como Paciente
1 2
Información médica:
Peso:
Estatura:
Semana de gestación:
Embarazos previos:
Antecedentes:
Finalizar











