

Fecha: \_\_\_\_\_

---

## **Datos del Paciente**

---

**Nombre:** Juan Carlos Lopez sanchez

**Documento:** \_\_\_\_\_

**Genero:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:** \_\_\_\_\_

**Telefono 1:** \_\_\_\_\_

**Telefono 2:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Tipo Afiliación:** \_\_\_\_\_

**Pagador:** \_\_\_\_\_

---

## **tipo de factura**

1. Accidente de ala delta con ocupante lesionado

Antecedente	Observación	Estado
Accidente de ala delta, con ocupante lesionado	Lorem ipsum dolor sit amet consectetur, adipisicing elit. Nostrum rem est laborum error hic earum officia rerum illum pariatur magni delectus tempora molestiae, consequatur odio reprehenderit enim sunt cupiditate provident.	Confirmado
Accidente de ala delta, con ocupante lesionado	Lorem ipsum dolor sit amet consectetur, adipisicing elit. Nostrum rem est laborum error hic earum officia rerum illum pariatur magni delectus tempora molestiae, consequatur odio reprehenderit enim sunt cupiditate provident.	Confirmado

---

---

**Dr (a):** \_\_\_\_\_ Medico \_\_\_\_\_

**Nº:** \_\_\_\_\_ Medico \_\_\_\_\_

Firma Virtual

