



HOSPITAL TLALPAN
EXPEDIENTE MÉDICO



Datos Personales:

Fecha:

Nombre Completo:

Edad:

CURP:

Teléfono:

Dirección:

Estado Civil:

Sexo:

Datos Médicos:

Alergias:

Tipo de sangre:

Estatura:

Peso:

Enfermedades crónicas: