

**FECHA:**

**HORA:**

**HOJA DE REGISTRO MANUAL**

<b>NOMBRE DEL PACIENTE:</b>			
<b>DIRECCION:</b>			
<b>TELEFONO</b>		<b>CELULAR:</b>	
<b>SEGURO SOCIAL:</b>		<b>GENERO:</b>	
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>		<b>ESTADO CIVIL:</b>	
<b>PLAN MEDICO:</b>		<b>DEDUCIBLE</b>	
<b>NUMERO DE POLIZA:</b>		<b>NUM. GRUPO:</b>	
<b>NOMBRE DEL MEDICO:</b>		<b>NUMERO DE LIC/NPI:</b>	
<b>PRUEBA A REALIZAR:</b>		<b>USUARIO</b>	