BITACORA DE RECEPCION DE PACIENTES

FECHA_____

Folio _____ Nombre _____
Dirección _____
Teléfono _____ Edad_____

FECHA_____

Folio _____ Nombre _____
Dirección _____
Teléfono _____ Edad_____

FECHA_____

Folio _____ Nombre _____
Dirección _____
Teléfono _____ Edad_____