



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD UNIVERSITARIA DE ENFERMEDADES CARDIOMETABÓLICAS

FECHA _____

REPORTE DE CONSULTAS

MARCA CON UNA (X) SI ES DE PRIMERA VEZ O SUBSECUIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE	DIAGNÓSTICO	1ª.VEZ	SEG	% EX	FOLIO RECIBO DE PAGO	CLAVE y APELLIDO
1.-						
2.-						
3.-						
4.-						
5.-						
6.-						
7.-						
8.-						
9.-						
10.-						
11.-						
12.-						
13.-						
14.-						
15.-						

01 Cardiólogo; 02 Nutrióloga; 03 Internista; 04 Médico del Deporte; 05 Endocrinólogo; 06 Pediatra; 07 Psicólogo; 08 Pasante

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UUECM

F-FMED-UUECM-11/REV:04