



FICHA ATENCION MEDICA
Centro Integral de Salud Dr. José Hernán Galeano
Municipalidad de Puerto Cortés
Departamento Municipal de Programas Sociales



Nombre del paciente _____ Edad _____ Expediente

Identidad # _____ Fecha de
Nacimiento _____

Domicilio _____ Teléfono # _____ Fecha de
Atención _____

Nombre _____ Edad _____ Fecha de atención
