UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI

CENTRO DE SALUD UNIVERSITARIO

UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE SAN LUIS POTOSI

HISTORIA CLINICA

FECHA: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

ORIGINARIO DE: _____

ESTADO CIVIL: _____

DOMICILIO: _____

TELEFONO: _____