



FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____
Lugar y Fecha de Nacimiento: _____
Sexo: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____
Alergia a algún medicamento: _____
Escolaridad: _____ Religión: _____ Ocupación: _____
Domicilio Particular: _____
Calle: _____ Num. Ext. _____ Num. Int. _____
Colonia o Fracc: _____
Ciudad: _____
Código Postal: _____ RFC: _____
CURP: _____ Teléfono Celular: _____
Teléfono Particular: _____ Teléfono del Trabajo: _____
Teléfono (s) de Emergencia: _____
Correo Electrónico: _____
Aseguradora: _____

Clinica de Medicina Deportiva, S.A. de C.V.

Libramiento Circuito de la Concepción Km. 2 s/n, Colonia la Concepción, San Agustín Tlaxiaca, Hgo. C.P. 42162

Teléfono (771) 717 04 00 ext. 140. Fax. 229 E-mail: clinica.medica@tuzos.com.mx