



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  
\_\_\_\_\_