



Administración de los Servicios  
de Salud del Estado

# RED DE ATENCIÓN PRIMARIA

**Servicio:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**APELLIDO:** \_\_\_\_\_

**FECHA de NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**GRUPO SANGUINEO Y RH:** \_\_\_\_\_

**ALERGIAS:** \_\_\_\_\_