5 23		CIUDAD DE MÉXICO SECRETARÍA DE CONSULTA EXTERNA DE SALUD BUCAL. INTRAMUROS DE SALUD														FE	CHA:	<u>.</u> [l DÍA	\Box	I MES		l AÑO												
CLUES: NOMBRE UNIDAD:								CURP: NOMBRE DE LA O EL PRESTADOR DE SERVICIO:									TIPO DE PERSONAL: PU013 SERVICIOS MÉDICOS Y MEDICAMENTOS GRATUITOS:											CÉDU		ROFESIO					
TIPO DE PERSONAL:13.0DONTÓLOGA(O), 14.0DONTÓLOGA(O) ESPECIALISTA, SERVICIO: 10.0DONTOLOGÍA, 11.0DONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, 12.0DONTOPEDIATRÍA, 31.CIRUGÍA MAXILOFACIAL RT (RELACIÓN TEMPORAL POR MOTIVO): 0.PRIMERA VEZ, 1.SUBSECUENTE 1. DERECHOHABIENCIA: 1.NINGUNA, 2.IMSS, 3.ISSSTE, 4.PEMEX, 5.SEDENA, 6.SEMAR, 10.IMSS-BIENESTAR, 11.ISSFAM, 14.Servicios de Salud IMSS BIENESTAR, 8.OTRA, 99.SE IGNORA, 8.1 GRATUDAD, 99.1 SITUACIÓN DE CALLE							3. 4. 5. X: Y:	SEXO BIO MIGRAN ESQUEM 0.NO, 1.S 0.NO, 1.S	OLÓGI TE: 0.N A DE V I, 2.NO SI	ICO: 1.1 NO, 1.N /ACUN/ SABE,	HOME IACIO ACIÓ 3. NO	IBRE, I ONAL, ÓN: O O RES	1.MESES, A.AÑOS 2.MUJER, 3.INTERSEXUAL , 2.INTERNACIONAL, 3.RETORNADO 0.ESQUEMA INCOMPLETO, 1.ESQUEMA COMPLETO SPONDEN 3ER. NIVEL	G. GÉNERO: 1. MASCULINO, 2. FEMENINO, 3. TRANSGENERO, 4. NO BINARIO, 5. TRANSEXUAL, 6. MUJER: 8. PERSONA TRANSGÉNERO FEMENINA NO BINARIA, 9. PERSONA TRANSGÉNERO MASCULINA NO BINARIA, 1 0. SE IGNORA 6. TELECONSULTA / INTERPRETACIÓN DIAGNÓSTICA: a) 0.NO, 1.SI; b) 1.USG, 2.ECG, 3. RAYOS X, 4. TOMOGRAFÍA, 5. RESONANCIA MAGNETICA, 6. MA 7. MODALIDAD: 1. EN TIEMPO REAL, 2. DIFERIDA										10 .OTRO,											
	БЕРЕСНОНАВІЕNCIA	ON DEL PACIENTE	EDAD Y CLAVE DE LA EDAD SEXO BIOLÓGICO	GENERO AFROMEXICANO INDIGENA	MIGRANTE	MEDICIONES: PESO/TALLA	CIRCUNFERENCIA DE CINTURA PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA Y RESPIRATORIA	TEMPERATURA	SATURACIÓN DE OXÍGENO GLUCOSA Y AYUNO (S/NO)	PRIMERA VEZ EN EL AÑO	RELACIÓN TEMPORAL POR MOTIVO	CIE-10 DIAGNÓSTICO		DETECTION DE PLACA BACTERIANA INSTRUCCIÓN TÉCNICA CEPILLADO INSTRUCCIÓN DET 1150 HILO DENTAI	APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR	APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLÜOR VENTA DE LA PROPEZA DENTAL A PLIMPIEZA DENTAL A PLIMPIEZA DENTAL	SICO	DE PRÔTESIS DE PRÔTESIS DE TRIBUDOS BLICALES	INSTRUCCION DE AUTOEXAMIEN CAVIDAD BLICAL	SELLADO DE FOSETAS Y FISURAS NUMERO DE DIENTES	ОВТ	IONÓMERO DE VIDRIO ALCASITE ALCASITE	N E		TERAPIA PULPAR S	FARMACOTERAPIA	OTRAS ATENCIONES RADIOGRAFÍAS	TRATAMIENTO INTEGRAL TERMINADO	ORIENTACION DE SALOD BUCAL CONSULTATINTEGRADA LINEA	PRESENTA CARTILLA OFFICE OF THE OFFICE OFFI	ESQUEMA DE VACUNACION REFERIDO	CONTRAKREFERIDO UNIDAD CONSULTANTE TELEMEDICINA	TELECONSULTA/INTERPRETACION S DIAGNÓSTICA	MODALIDAD FECHA PRÓXIMA CITA
	1 FOLIO DE RECETA	EXPEDIENTE	2 3	G X >	(4		4	CARDIACA		Υ		RT												Щ								5 21	Υ	6	7
	CURP o Fecha de nacimiento y Entidad o Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Seg		-			Talla	SISTOLICA DIASTOLICA	RESPIRA- TORIA						18 vez																				b	
	CURP o Fecha de nacimiento y Entidad o Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Seg		-			Talla	SISTOLICA DIASTOLICA	GARDIACA RESPIRA- TORIA						18 vez																				b	
	CURP o Fecha de nacimiento y Entidad o Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Seg					Talla	SISTÓLICA DIASTÓLICA	CARDIACA RESPIRA- TORIA						18 vez																				b	
	CURP o Fecha de nacimiento y Entidad o Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Seg					Peso	SISTOLICA DIASTOLICA	CARDIACA RESPIRA- TORIA						18 vez																				b	
	CURP o Fecha de nacimiento y Entidad o Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Seg					Talla	SIST ÓLICA DIASTÓLICA	RESPIRA- TORIA						18 vez																				b	