

CONTRATO DE PAQUETES EXPO MATERNIDAD



PAQUETE		%\$
FECHA PROGRAMADA		
MEDICO TRATANTE		
INFORMACION DE PACIENTE		
NOMBRE DE LA PACIENTE		
FECHA DE NACIMIENTO		
DIRECCION		
CELULAR		
E-MAIL		
TIPO DE SANGRE		
ALERGIAS		
RELIGION		
INFORMACION DE CONTACTO		
NOMBRE		
CELULAR		
PARENTESCO		
INFORMACION DE LA CUENTA		
NUMERO DE CUENTA		
FECHA DE CONTRATACION		
NUMERO DE EXPEDIENTE		

FOLIO _____