

Por medio del presente hago constar que he sido debidamente informado, comprendo y estoy satisfecho(a) con la información recibida, contestándome a todas las preguntas que he considerado conveniente me fueran aclaradas. En consecuencia, doy mi consentimiento para la realización de las maniobras pertinentes dentro de las diferentes evaluaciones del Examen de Salud Integral UV.

FIRMA ALUMNO

DRA. BEATRIZ EUGENIA RODRÍGUEZ VILLAFUERTE
VICERRECTORA

MTRO. JOSÉ EDUARDO MARTÍNEZ CANALES
SECRETARIO ACADEMICO REGIONAL

DR. GUILLERMO RUIZ NAVARRO
COORDINADOR REGIONAL ESI-UV

Por medio del presente hago constar que he sido debidamente informado, comprendo y estoy satisfecho(a) con la información recibida, contestándome a todas las preguntas que he considerado conveniente me fueran aclaradas. En consecuencia, doy mi consentimiento para la realización de las maniobras pertinentes dentro de las diferentes evaluaciones del Examen de Salud Integral UV.

FIRMA ALUMNO

DRA. BEATRIZ EUGENIA RODRÍGUEZ VILLAFUERTE
VICERRECTORA

MTRO. JOSÉ EDUARDO MARTÍNEZ CANALES
SECRETARIO ACADEMICO REGIONAL

DR. GUILLERMO RUIZ NAVARRO
COORDINADOR REGIONAL ESI-UV



Universidad Veracruzana
REGIÓN ORIZABA – CÓRDOBA

EXAMEN DE SALUD INTEGRAL 2017

CARNET DE ATENCIÓN

ALUMNO

MATRÍCULA

PROGRAMA EDUCATIVO



Universidad Veracruzana
REGIÓN ORIZABA – CÓRDOBA

EXAMEN DE SALUD INTEGRAL 2017

CARNET DE ATENCIÓN

ALUMNO

MATRÍCULA

PROGRAMA EDUCATIVO

<p>ASISTIÓ Y CAPTURÓ</p> <p>CIENCIAS QUÍMICAS</p> <p>NOMBRE: _____</p> <p>FECHA: _____</p> <p>FIRMA: _____</p>	<p>ASISTIÓ Y CAPTURÓ</p> <p>ENFERMERÍA</p> <p>NOMBRE: _____</p> <p>FECHA: _____</p> <p>FIRMA: _____</p>
<p>ASISTIÓ Y CAPTURÓ</p> <p>ODONTOLOGÍA</p> <p>NOMBRE: _____</p> <p>FECHA: _____</p> <p>FIRMA: _____</p>	<p>ASISTIÓ Y CAPTURÓ</p> <p>MEDICINA</p> <p>NOMBRE: _____</p> <p>FECHA: _____</p> <p>FIRMA: _____</p>

<p>ASISTIÓ Y CAPTURÓ</p> <p>CIENCIAS QUÍMICAS</p> <p>NOMBRE: _____</p> <p>FECHA: _____</p> <p>FIRMA: _____</p>	<p>ASISTIÓ Y CAPTURÓ</p> <p>ENFERMERÍA</p> <p>NOMBRE: _____</p> <p>FECHA: _____</p> <p>FIRMA: _____</p>
<p>ASISTIÓ Y CAPTURÓ</p> <p>ODONTOLOGÍA</p> <p>NOMBRE: _____</p> <p>FECHA: _____</p> <p>FIRMA: _____</p>	<p>ASISTIÓ Y CAPTURÓ</p> <p>MEDICINA</p> <p>NOMBRE: _____</p> <p>FECHA: _____</p> <p>FIRMA: _____</p>