

---

**Paciente**

---

|                           |            |
|---------------------------|------------|
| <b>Nombre:</b>            | KARLA      |
| <b>Apellido paterno:</b>  | GÓMEZ      |
| <b>Fecha de registro:</b> | 18/02/2025 |
| <b>Tipo documento:</b>    | Pasaporte  |
| <b>País:</b>              | MÉXICO     |
| <b>Telefonos:</b>         | 1234567    |
| <b>Idioma:</b>            | ESP        |
| <b>Observaciones:</b>     | 1234567    |