

---

**Paciente**

---

|                             |            |
|-----------------------------|------------|
| <b>Nombre:</b>              | Test       |
| <b>Apellido paterno:</b>    | Pruebas    |
| <b>Apellido materno:</b>    | Sucursal   |
| <b>Fecha de registro:</b>   | 13/04/2025 |
| <b>Fecha de nacimiento:</b> | 01/12/1984 |
| <b>Tipo documento:</b>      | Pasaporte  |
| <b>País:</b>                | MÉXICO     |
| <b>Estado:</b>              | GUANAJUATO |
| <b>Municipio:</b>           | CELAYA     |
| <b>Idioma:</b>              | ESP        |