



**SU ESPECIALIDAD** (sólo si es Médico)

- Alergología
- Anestesiología
- Angiología
- Cardiología
- Cirugía cardiovascular
- Cirugía del aparato digestivo
- Cirugía general
- Cirugía oral y maxilofacial
- Cirugía ortopédica y traumatología
- Cirugía pediátrica
- Cirugía plástica-estética
- Cirugía torácica
- Dermatología
- Endocrinología
- Gastroenterología
- Genética
- Geriatria
- Ginecología
- Hematología
- Hematología
- Hepatología
- Infectología
- Nefrología
- Neonatología
- Neumología
- Neurocirugía
- Neurología
- Nutriología
- Obstetricia
- Odontología
- Oftalmología
- Oncología médica
- Ortopedia
- Otorrinolaringología
- Pediatría
- Proctología
- Psiquiatría
- Radiología
- Reumatología
- Toxicología
- Traumatología
- Urología

**FECHA:**

 -  - 

**NO.  
CLIENTE**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LLENADO POR LANCETA

**TIPO DE CLIENTE:**

- Paciente  
  Estudiante Medicina  
  Médico  
  Institución  
  Empresa  
  Otro

**PRODUCTOS DE SU INTERÉS:**

- |  |  |  |                                      |
|--|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Colostomía              | <input type="checkbox"/> Cuidados especiales   | <input type="checkbox"/> Artículos de limpieza | <input type="checkbox"/> Accesorios  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Cuidado personal      | <input type="checkbox"/> Aseo del paciente     | <input type="checkbox"/> Consumibles |
| <input type="checkbox"/> Auxiliares de movilidad | <input type="checkbox"/> Hipodérmicos          | <input type="checkbox"/> Diagnóstico           |                                      |
| <input type="checkbox"/> Compresión              | <input type="checkbox"/> Líquidos y soluciones | <input type="checkbox"/> Consultorio           |                                      |
| <input type="checkbox"/> Cuidado en casa         | <input type="checkbox"/> Material de curación  | <input type="checkbox"/> Hospitalario          |                                      |

**CLASIFICACIÓN FISCAL:**

- Persona Física  
  Persona Moral  
  Ninguno

**RFC:** (sólo si es Persona Física o Moral)

**RAZÓN SOCIAL:** (sólo si es Persona Física o Moral)

**NOMBRE(S):**

**APELLIDO PATERNO:**

**APELLIDO MATERNO:**

**FECHA DE NACIMIENTO:**

 /  / 

**TELÉFONO:**

**CORREO ELECTRÓNICO:**

**CALLE:**

**NO. EXTERIOR:**

**NO. INTERIOR:**

**COLONIA:**

**DELEGACIÓN O MUNICIPIO:**

**CÓDIGO POSTAL:**

**ESTADO:**

- Deseo inscribirme a la lista de correo

FIRMA DEL TITULAR

**DOCUMENTACIÓN**

Presentar en original y copia simple:

- Identificación
- Comprobante de domicilio
- RFC
- Última factura de compra