

AGREGAR OPCIÓN DE LA LEYENDA "NO APLICA"

AGREGAR OPCIÓN DE LA LEYENDA "NO APLICA"

Registro de Pacientes



*Apellido paterno/Father's name	Apellido materno/Mother's name	*Nombre paciente/Name	*Sexo/Gender
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="Masculino/Male"/>
*Fecha nac./Day of birth	Id	Documento	Nacionalidad/Nationality
<input type="text" value="AAAA/MM/DD"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="Id de documento / C"/>	<input type="text" value="Mexicana"/>
Lada País/Country code	Celular/Cellphone	Confirm celular/Confirm cellphone	E-mail
<input type="text" value="52"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Confirmar E-mail	Médico tratante/Doctor	Empresa de procedencia/Company	RFC (Only Mexico)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CURP (Only Mexico)	Dirección/Address	Codigo Postal/Zip code	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Colonia/Suburb	Municipio/Municipality	Estado/State	Teléfono de oficina/Office phone
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Extensión	No. control externo	Teléfono de casa/Home phone	Solicitud de información adicional
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Registro de información adicional	Especie		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

*Requerido/Required