

## DIRECCION DE SALUD PUBLICA MUNICIPAL

No.	FECHA	MUNICIPIO	LUGAR	NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD	MAM	PAPS	TELEFONO
1	07.ABRIL.22	SANTIAGO	LOS RODRIGUEZ		44	SI	NO	
2	07.ABRIL.22	SANTIAGO	LOS RODRIGUEZ		45	SI	NO	
3	07.ABRIL.22	SANTIAGO	LOS RODRIGUEZ		49	SI	NO	
4	07.ABRIL.22	SANTIAGO	LOS RODRIGUEZ		57	SI	NO	
5	07.ABRIL.22	SANTIAGO	LOS RODRIGUEZ		58	SI	NO	
6	07.ABRIL.22	SANTIAGO	LOS RODRIGUEZ		43	SI	NO	
7	07.ABRIL.22	SANTIAGO	LOS RODRIGUEZ		59	SI	NO	
8	07.ABRIL.22	SANTIAGO	LOS RODRIGUEZ		45	SI	NO	
9	07.ABRIL.22	SANTIAGO	LOS RODRIGUEZ		46	SI	NO	
10	07.ABRIL.22	SANTIAGO	LOS RODRIGUEZ		53	SI	NO	

