

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: **DD MM AAAA**

Teléfono: _____ Tipo de identificación: C.C. C.E. T.I. PA No. _____

Edad: _____ Género: F M

DATOS DEL ACUDIENTE (si aplica)

Nombre completo: _____ Teléfono: _____

Tipo de identificación: C.C. C.E. T.I. PA No. _____ Dirección: _____

DATOS DEL MÉDICO REMITENTE:

Nombre completo: _____ Teléfono: _____

Entidad: _____ Fax: _____

DATOS GENERALES:

Examen solicitado: _____

Medicamentos que consume: _____

Dieta actual: _____

Datos clínicos importantes: _____