



DATOS DEL PACIENTE

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: **DD MM AAAA** Teléfono: _____

Tipo de identificación: C.C. C.E. T.I. No. de identificación: _____ Edad: _____ Género: F M

DATOS DEL ACUDIENTE *(Si aplica)*:

Nombre completo: _____ Teléfono: _____

Tipo de identificación: C.C. C.E. No. de identificación: _____ Dirección: _____

DATOS DEL MÉDICO REMITENTE:

Nombre completo: _____ Teléfonos: _____

Entidad: _____ Fax: _____

DATOS GENERALES:

Examen solicitado: _____

Medicamentos que consume: _____

Dieta actual: _____

Datos clínicos importantes: _____