

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: _____