

FECHA DE INGRESO DE DATOS:
PACIENTE

NOMBRE	
FECHA DE NACIMIENTO	
EDAD	
PESO / TALLA	
DNI	
TIENE H.C. EN EL HNDAX?	NO..... SI.....

PROCEDENCIA DEL PACIENTE

DIRECCIÓN ACTUAL	
DISTRITO	
PROVINCIA	
DEPARTAMENTO	

DATOS DE LOS FAMILIARES

NOMBRE DEL FAMILIAR O CONTACTO 1:	
DNI	
NOMBRE DEL FAMILIAR O CONTACTO 1:	
DNI	
TELEFONO DEL CONTACTO	

MEDICO O PROFESIONAL RESPONSABLE

NOMBRE	
ESPECIALIDAD	
COLEGIO PROFESIONAL	

DATOS DEL CENTRO CONTACTO

NOMBRE	
DEPARTAMENTO	
PROVINCIA	
DISTRITO	
CATEGORIA	
PERSONA DE CONTACTO	
TELÉFONO DEL CONTACTO	
E MAIL DEL CONTACTO	

MARCAR (X) EL MOTIVO DE LA TELECONSULTA

()	TELEINTERCONSULTA PARA REFERENCIA
()	TELEINTERCONSULTA PARA ASISTENCIA TECNICA

ESPECIFIQUE LA ESPECIALIDAD SOLICITADA (puede ser más de una, cada uno con su refcon)

--