

HOJA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nº de Cédula de Identidad: ____ . ____ . ____ -- ____ Nº de registro FNR ____
(reservado FNR)

1ER NOMBRE _____ 2DO NOMBRE _____

1ER APELLIDO _____ 2DO APELLIDO _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: Femenino Raza: Blanca
 Masculino Negra Otra

Domicilio del paciente: _____

Ciudad o localidad : _____ Departamento: _____

Teléfono: _____ Teléfono celular: _____

Otro teléfono para localizar al paciente: _____

E-mail: _____

Institución de
asistencia médica: Privada Pública SFFAA Cual: _____

GRUPO DE SALUD RENAL que envía al paciente:

Nefrólogo tratante:

Nº de caja profesional: _____ Nombre: _____

Firma

Fecha de solicitud: ____/____/____

PROGRAMA DE SALUD RENAL

ADJUNTAR FOTOCOPIA DE: Cédula de identidad