

CARATULA FICHA CLINICA

Hiperlaxitud Articular



RUT: ____-____-____-____

N° FICHA

FECHA ____/____/____

FICHA CL ARAUCO: _____

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

Nombre _____

EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO

M	F
____	____

PROFESION / OCUPACION _____ FONO TRABAJO _____

FONO PARTICULAR _____

SI	NO
____	____

FONO CELULAR _____ FONASA _____

E- MAIL _____ ISAPRE _____

SEGURO ADICIONAL _____
PARTICULAR _____

DOMICILIO

CALLE _____ NUMERO _____ DEPTO. _____

COMUNA _____ CIUDAD _____

EN CASO DE URGENCIA SE DEBE COMUNICAR A:

NOMBRE: _____

RELACION CON EL PACIENTE _____

CELULAR: _____ FONO TRABAJO _____ FONO CASA _____

¿Tiene usted otro médico? _____ FONO _____

ESPECIALIDAD _____ EMAIL _____