

HOJA DE IDENTIFICACIÓN FORMATO DE FILIACIÓN

DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

N° DE HISTORIA CLÍNICA

1786685

I.E.D.S

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO

APELLIDO COMPLETO

EDAD

SEXO

DIRECCIÓN

DISTRITO

FECHA DE NACIMIENTO

TIPO DE DOCUMENTO

N° DE DOCUMENTO

4433333

ESTADO CIVIL

OCUPACIÓN

N° DE CELULAR

NOMBRE DE LA MADRE

NOMBRE DEL PADRE

PERSONA RESPONSABLE O ACOMPAÑANTE

NOMBRE COMPLETO

DNI

DIRECCIÓN