

Formulario de registraci3n de entrevista

Fecha: string- Tipo de consulta: string
Obra social: string- N° de afiliado: string
Fecha de nacimiento: 2000-01-01- Domicilio: string- Telefono: string
Edad: string- Estado civil: string- D.N.I: string - Ocupaci3n:string

CGIP: string

Motivo: string- Derivado por: string
Padecimiento: string- antecedentes: string
Diagnostico: string- Tratamiento: string- Farmacologia: string