**REPORTE REMISIÓN DE CASOS**

**INTERNOS**

FECHA DE REMISION: {{FECHA\_ACTUAL}}

NOMBRES Y APELLIDOS NIÑO (A): {{Pacientes.nombre}} {{ Pacientes.apellido}}

DIAGNOSTICO: {{ Pacientes.diagnostico}}

TIPO DE DOCUMENTO: {{ Pacientes.tipo\_identificacion}} NUMERO DE DOCUMENTO: {{ Pacientes.num\_identidad}}

FECHA DE NACIMIENTO: {{ Pacientes.fecha\_nacimiento}}

SEXO: {{ Pacientes.sexo}} EDAD: {{ Pacientes.edad}} TELEFONO DE CONTACTO: {{ Pacientes.tel\_celular}}

NOMBRES Y APELLIDOS ACUDIENTE: {{Acudiente.nombre}} {{Acudiente.apellido}}

PARENTESCO CON EL BENEFICIARIO: {{ Acudiente.parentesco}}

DIAGNOSTICO: {{ Acudiente.diagnostico}}

TIPO DE DOCUMENTO: {{Acudiente.tipo\_identificacion }} NUMERO DE DOCUMENTO: {{Acudiente.num\_identidad}}

FECHA DE NACIMIENTO: {{Acudiente.fecha\_nacimiento}}

SEXO: {{Acudiente.sexo}} EDAD: {{Acudiente.edad}} TELEFONO DE CONTACTO: {{Acudiente.tel\_celular}}

MOTIVO DE CONSULTA

{{motivo\_consulta}}

MOTIVO DE REMISION

{{motivo\_remision}}

REMITIDO POR: REMITIDO A:

AREA: {{area}} AREA: {{area}}

FIRMA: {{Especialista.nombre}} {{Especialista.apellido}}

{{firma\_especialista}}