

FICHA DE ADMISIÓN

Nº Episodio: _____ Nº Historia: _____

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ DNI: _____

Domicilio: _____ Población: _____

Provincia: _____ C.P.: _____ Tel.: _____

DATOS DE INGRESO

Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: _____ Ubic: _____ Servicio: _____

Tipo de ingreso: _____ Motivo: _____

Médico / a: _____ Diagnóstico Provisional: _____

DATOS ECONÓMICOS

Garante: _____ Nº Póliza: _____

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

Nombre y apellidos: _____ DNI: _____

Domicilio: _____ Población: _____

Provincia: _____ C.P.: _____ Tel.: _____

RESPONSABLE SUBSIDIARIO DEL INGRESO

Nombre: _____

Domicilio: _____

Provincia: _____

NIF: _____

OBSERVACIONES

Firma del paciente o persona responsable: