



Identificación de lesionado

Fecha de atención: _____

Nombre del paciente: _____

Domicilio: _____

Aseguradora: _____

Edad: _____ Teléfonos (s): _____

Motivo por el cual no cuenta con identificación oficial: _____

Firma del paciente o tutor

Parentesco: _____



Huella digital del paciente