

Formulario notificación inmediata y envío de reporte COVID-19

Información Paciente			
Nombres:			
Apellidos:			
Run:	null	Teléfono:	
Nacionalidad:		Fecha Nacimiento:	
Fecha Fallecimiento:		Sexo:	
Pueblo Originario:			
Datos Residencia			
Dirección:			

Datos Procedencia	
Profesional Responsable:	
Datos Establecimiento	
Nombre Hospital:	
Dirección Hospital:	