

## SOLICITUD DE ENTREVISTA DE ADMISIÓN

Fecha			
Nombre del interesado			
Nombre del paciente			
Domicilio			
Teléfono		Celular	
Edad			
Diagnóstico			
Obra Social			
Si es IPS ¿tiene carnet de discapacidad?			
Tiene Certificado de Discapacidad.			
Está escolarizado		en	
¿Recibe tratamiento terapéutico?		¿Cuál?	
¿Recibe tratamiento médico?		¿Cuál?	
¿Alguien lo derivó?		¿Quién?	
Cómo se enteraron de PH			
En qué horario puede concurrir a PH?			