



DATOS COMPLEMENTARIOS

PACIENTE	
NOMBRE Y APELLIDOS	
DNI	
FECHA DE NACIMIENTO	
ESTADO CIVIL	
GRADO DE INSTRUCCION	
OCUPACION	
DEPARTAMENTO (NACIMIENTO)	
PROVINCIA (NACIMIENTO)	
DISTRITO (NACIMIENTO)	
DIRECCION	
DEPARTAMENTO(DOMICILIO)	
PROVINCIA(DOMICILIO)	
DISTRITO(DOMICILIO)	
TELEFONO DE CONTACTO	
DATOS DE LOS PADRES EN CASO DE MENORES DE 18 AÑOS	
MARCA (X) EL MOTIVO DE LA TELECONSULTA	
(<input type="checkbox"/>)	TELEINTERCONSULTA PARA REFERENCIA
(<input type="checkbox"/>)	TELEINTERCONSULTA PARA ASISTENCIA TECNICA
ESPECIALIDAD SOLICITADA (puede ser más de una)	