

HOJA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nº de Cédula de Identidad: _____ -- ____ * Nº de registro FNR _____
(reservado FNR)

1ER NOMBRE _____ 2DO NOMBRE _____

1ER APELLIDO _____ 2DO APELLIDO _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: Femenino Masculino

Domicilio del paciente: _____

Ciudad o localidad : _____ Departamento: _____

Teléfono: _____ Teléfono celular: _____

Otro teléfono para localizar al paciente: _____

E-mail: _____

Institución de
asistencia médica: Privada Pública Cual: _____

INSTITUCIÓN que envía al paciente:

Nombre del responsable del programa: _____

Firma v sello de la Institución

PROGRAMA DE CESACIÓN DE TABAQUISMO

Fecha de ingreso al programa: ____/____/____

***ADJUNTAR FOTOCOPIA DE: Cédula de identidad**