|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| REGISTRO DE PACIENTES | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | |  |  |
| **Nombre de la persona afectada** | | |  | **Fecha de nacimiento** | | | | | **Sexo** | |
|  | | |  |  | | | | | | |
| **Nombre del padre o tutor:** | | |  | **Nombre de la madre:** | | | | | | |
|  |  |  |  | () | | |  |  | | |
| **Nombre de los hermanos** |  | **Nombre de los hermanos** |  | **Teléfono particular** | | |  | **Celular** | | |
|  | | |  |  | | | | | | |
| **Dirección** | | |  | **Correo electrónico de contacto** | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | |
| **Ciudad, Provincia , País y código postal** | | |  |  | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | |
| DATOS MÉDICOS | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **DIAGNÓSTICO** | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  |  | | | | |
| **Fecha del diagnóstico** | | | | |  | **Neurólogo tratante** | | | | |
|  | | | | |  |  | | | | |
| **Hospital o clínica donde se trata** | | | | |  | **Obra social** | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Describa el tratamiento recibido** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  |  | | | | |
|  | | | | |  |  | | | | |
|  | | | | |  |  | | | | |

*FUNDACIÓN LAUTARO TE NECESITA*

Fecha de inscripción:

Completa este formulario y envíalo a la dirección de correo electrónico de la Fundación Lautaro te Necesita.

info@fundacionlautarotenecesita.org