|  |
| --- |
| 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