Fecha:

FICHA DE INGRESO

Nombre y Apellido:

DNI: Edad:

Domicilio: Provincia: Localidad:

Tel: Cel:

Correo Electronico:

Tipo de Ingreso:

Ambulancia: Servicio:

Particular:

Derivado: Procedencia:

Diagnostico: Tratamiento:

Pasa: ()

Tipo de accidente: Otro:

Accidente En Vía Publica: Otro:

Tercero: Otro:

Cobertura:

Seguro: NO Aseguradora:

ART: NO Aseguradora:

Obra social/Prepaga/Mutual: NO Prestadora:

SE INICIA TRAMITE: SI NO