

1- Nombre y apellidos del paciente

2- Fecha de la 1ª consulta

3- Fecha en que aparecieron los primeros síntomas

4- Descripción y duración del cuadro clínico inicial


5- Diagnóstico preciso establecido


6- ¿Tipo de órgano que se requiere trasplantar?

Corazón   
Hígado

Pulmón   
Páncreas

Riñón   
Médula Ósea

7- ¿El daño del órgano a trasplantar es grave e irreversible? Si  No

8- Antecedentes personales patológicos?


9- ¿Fuma o Fumaba el Paciente? Si  No

Fecha de inicio

Fecha en que dejó de hacerlo

Número de cigarrillos al día

10- ¿Estuvo su paciente recluido en su domicilio o en algún hospital?

Si  No

Fecha de entrada

Fecha de salida

Denominación y domicilio del hospital


11- Otros médicos que atendieron al paciente

Nombre	<input type="text"/>		
Domicilio	<input type="text"/>		
Teléfono	Ext. <input type="text"/>	Celular	<input type="text"/>
-----			
Nombre	<input type="text"/>		
Domicilio	<input type="text"/>		
Teléfono	Ext. <input type="text"/>	Celular	<input type="text"/>
-----			
Nombre	<input type="text"/>		
Domicilio	<input type="text"/>		
Teléfono	Ext. <input type="text"/>	Celular	<input type="text"/>

12- Observaciones


--

Lugar y fecha

--

Firma

Nombre del médico	<input type="text"/>		
Domicilio	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
Registro S.S.A.	<input type="text"/>	Ced. Profesional	<input type="text"/>

**Le agradecemos proporcionarnos con carácter devolutivo, los resultados de los estudios de laboratorio y/o gabinete practicados.**