

Formulario de recogida de datos para tratamientos en curso.

Datos del empleado/titular

Número de empleado: _____

Nombre: _____ Apellidos: _____

NIF: _____ Domicilio: _____

Localidad: _____ Código postal: _____

Teléfono móvil: _____ Teléfono fijo: _____

E-mail: _____

Datos del paciente (no cumplimentar en caso de ser el mismo)

Nombre: _____ Apellidos: _____

NIF: _____ Domicilio: _____

Localidad: _____ Código postal: _____

Teléfono móvil: _____ Teléfono fijo: _____

E-mail: _____

Datos del tratamiento en curso

Diagnóstico: _____

Tipo de tratamiento: _____

Intervención quirúrgica

Nombre del cirujano: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Fecha intervención: _____

Centro hospitalario donde se realizará la intervención: _____

Observaciones: _____



Embarazo en curso/parto

Nombre del ginecólogo: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Fecha prevista del parto: _____

Centro hospitalario donde está previsto el parto: _____

Observaciones: _____

Enfermedades crónicas

Nombre del especialista que realiza el seguimiento: _____

Observaciones: _____

Enfermedades crónicas

Nombre del especialista que realiza el seguimiento: _____

Observaciones: _____

ENVIAR

