



Datos Iniciales - Infanto - Juvenil

Datos de Identificación del Paciente:

Nombres: _____ Apellidos: _____

Edad: ____ Sexo: ____ C.I: _____ Grado de Instrucción: _____

Escuela o Liceo: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: / /

Lugar de Residencia: _____

Teléfono: _____ Quien remite al paciente: _____

Datos de la Madre:

Nombres: _____ Apellidos: _____

Edad: ____ Sexo: ____ Estado Civil: _____ C.I: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: / /

Lugar de Residencia: _____

Teléfono Móvil: () - / Teléfono Local: () -

Grado de instrucción: _____ Profesión: _____

Ocupación: _____ Religión: _____ Practicante: Si: __ No: __

Datos del Padre:

Nombres: _____ Apellidos: _____

Edad: ____ Sexo: ____ Estado Civil: _____ C.I: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: / /

Lugar de Residencia: _____

Teléfono Móvil: () - / Teléfono Local: () -

Grado de instrucción: _____ Profesión: _____

Ocupación: _____ Religión: _____ Practicante: Si: __ No: __

