



Municipalidad de Trelew



FORM. HC – FLIAR. ENFERMO.

NOMBRE Y APELLIDO DEL SOLICITANTE:

DNI N°:

EDAD:

NACIONALIDAD:

LEGAJO N°:

DOMICILIO Y LOCALIDAD:

LUGAR y FECHA:

TELÉFONO:

ÁREA DE TRABAJO:

Se deja constancia que los datos mencionados más arriba deben estar completos.

DATOS DEL FAMILIAR.

NOMBRE Y APELLIDO DEL FAMILIAR ENFERMO:

DNI N°:

EDAD:

NACIONALIDAD:

DOMICILIO Y LOCALIDAD:

PARENTESCO: HIJA/O MADRE PADRE CONYUGE

MOTIVO DE LA CONSULTA MÉDICA (ENFERMEDAD REFERIDA AL PACIENTE)

.....

LICENCIA ACONSEJADA

.....

MEDICO QUE LO ASISTE

.....