|  |
| --- |
| FORMULARIO PARA CITA DE LA UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACIÓN (UBR) |
| INFORMACIÓN DE EL / LA SOLICITANTE |
| MARQUE CON UNA "X" O CON UNA PALOMITA EN LOS SIGUIENTES DATOS: |

¿Para quién solicita la cita?

* Usted mismo
* Otra persona

¿Ha sido paciente de la UBR?

* SI
* NO

¿Qué tipo de atención necesita?

* Apoyo de transporte
* Terapia ocupacional para paciente con discapacidad
* Taller de estimulación temprana
* Taller de terapia de lenguaje a preescolares y primarias

NOMBRE DEL PACIENTE

APELLIDO LEGAL DEL PACIENTE

COMUNIDAD

DIRECCION

CIUDAD

ESTADO

NUMERO TELEFONICO

* MOVIL
* FIJO
* TRABAJO

CORREO ELECTRONICO

S

SEXO DEL PACIENTE

* MASCULINO
* FEMENINO

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR

PROBLEMA MEDICO DEL PACIENTE QUE MOTIVA A SOLICITAR LA CITA