

患者氏名 :
患者 ID :

SOLICITUD DE CONSULTA MÉDICA

Nombre y Apellido		Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de nacimiento	/ / (Año/Mes/Día)	Edad	años
Dirección o alojamiento en Japón			
Dirección en su país (solo personas de estancia corta en Japón)			
Número de teléfono (domiciliario)		Número de teléfono (móvil)	
Nacionalidad		Intérprete	<input type="checkbox"/> Necesario <input type="checkbox"/> No necesario
Idioma materno		Ocupación	
Idiomas que habla aparte del idioma materno		Cuidados especiales por razones religiosas.	

Persona de contacto en caso de urgencia			
Nombre y Apellido		Relación con el paciente	
Dirección			
Número de teléfono (domiciliario)		Número de teléfono (móvil)	

● Marque abajo el objetivo de su estancia en Japón.			
<input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Estancia corta (<input type="checkbox"/> Negocios <input type="checkbox"/> Turismo) <input type="checkbox"/> Estudios <input type="checkbox"/> Otro ()			
● Escriba el motivo por el que ha elegido este hospital.			
● ¿Es la primera vez que viene al centro para realizar una consulta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
● ¿Tiene hoja de remisión médica?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
● ¿Ha pedido cita para realizar la consulta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Seguro de Salud (médico)			
<input type="checkbox"/> Seguro médico japonés (<input type="checkbox"/> Seguro público <input type="checkbox"/> Seguro privado)			
<input type="checkbox"/> Seguro de otro país (Nombre de la compañía del seguro:)			
* Las personas que dispongan de un seguro médico o documentos relacionados por favor presentarlos..			
<input type="checkbox"/> No dispongo de seguro			
Departamento médico en donde desee realizar la consulta			
<input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Psiquiatría <input type="checkbox"/> Otorrinolaringología <input type="checkbox"/> Dermatología <input type="checkbox"/> Medicina interna <input type="checkbox"/> Cirugía			
<input type="checkbox"/> Odontología <input type="checkbox"/> Oftalmología <input type="checkbox"/> Neurocirugía <input type="checkbox"/> Pediatría <input type="checkbox"/> Obstetricia y ginecología <input type="checkbox"/> Neumología			
<input type="checkbox"/> Cirugía del sistema respiratorio <input type="checkbox"/> Sistema circulatorio <input type="checkbox"/> Cirugía cardiovascular <input type="checkbox"/> Aparato Digestivo (Gastroenterología) <input type="checkbox"/> Nefrología <input type="checkbox"/> Urología <input type="checkbox"/> Neurología			

*Procesamos los datos personales conforme a la normativa del hospital.