

患者氏名 :

患者 ID :

SOLICITUD DE LA INTERNACIÓN**Nombre del centro hospitalario:** _____**Director del centro:** _____

Solicito la internación en el centro hospitalario de la persona descrita en la parte inferior de este documento (paciente). *En caso de que la persona internada y el solicitante sean la misma persona, no será necesario escribir nada en el espacio reservado para el solicitante.

| Solicitante | | | |
|-----------------------------------|-----|-----|---|
| Nombre y apellido | | | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
| Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día) | Año | Mes | Día (años) Relación con el paciente |
| Dirección | | | |
| Número de teléfono (domiciliario) | | | Número de teléfono (móvil) |
| Nombre del lugar de trabajo | | | |
| Número de teléfono del trabajo | | | |

| Garante | | | |
|-----------------------------------|-----|-----|---|
| Nombre y apellido | | | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
| Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día) | Año | Mes | Día (años) Relación con el paciente |
| Dirección | | | |
| Número de teléfono (domiciliario) | | | Número de teléfono (móvil) |
| Nombre del lugar de trabajo | | | |
| Número de teléfono del trabajo | | | |

| Paciente | | | |
|-----------------------------------|-----|-----|---|
| Nombre y apellido | | | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
| Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día) | Año | Mes | Día (años) |
| Dirección | | | |
| Número de teléfono (domiciliario) | | | Número de teléfono (móvil) |
| Nombre del lugar de trabajo | | | |
| Número de teléfono del trabajo | | | |

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