



SOLICITUD DE CITA MÉDICA

Simplifique su atención cuando tenga una cita médica en el Hospital Sírio-Libanês. Rellene y envíe el formulario de abajo. En el caso de que tuviera alguna duda, contacte con el equipo del Centro de Atención al Paciente Internacional.

DATOS DEL PACIENTE

IDENTIFICACIÓN

Nombre completo*:

Documento de identificación*:

Tipo*:

RG (Documento Nacional de Identidad)

RNE (Número de Identificación de Extranjeros)

Pasaporte

Otro:

CPF (para brasileños y nacionalizados):

Sexo*:

Mujer

Hombre

Fecha de nacimiento* (dd/mm/aaaa):



HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

País de nacionalidad*:

Nombre del padre*:

Nombre de la madre*:

Estado civil*:

Soltero(a)

Casado(a)

Separado(a)

Divorciado(a)

Viudo(a)

Profesión*:

DIRECCIÓN

Dirección*:

Número*:

Complemento:

Barrio:

Ciudad*:

UF (Estado):

Código Postal:

País:



TELÉFONOS Y E-MAIL

Teléfono fijo*:

Teléfono móvil*:

Teléfono comercial:

E-mail*:

DATOS DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE

IDENTIFICACIÓN

Nombre completo*:

Documento de identificación*:

Tipo*:

RG (Documento Nacional de Identidad)

RNE (Número de Identificación de Extranjeros)

Pasaporte

Otro:

CPF (para brasileños y nacionalizados):

Sexo*:

Mujer

Hombre



HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

Fecha de nacimiento* (dd/mm/aaaa):

País de nacionalidad*:

Nombre del padre*:

Nombre de la madre*:

Estado civil*:

Soltero(a)

Casado(a)

Separado(a)

Divorciado(a)

Viudo(a)

Profesión*:

Grado de parentesco con el (la) paciente*:

DIRECCIÓN

Dirección*:

Número*:

Complemento:

Barrio:



HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

Ciudad*:

UF (Estado):

Código Postal:

País:

TELÉFONOS Y E-MAIL

Teléfono fijo*:

Teléfono móvil*:

Teléfono comercial:

E-mail*:

** Campos obligatorios*

MÉDICO DE SU PREFERENCIA EN EL HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

Nombre del médico*:

Fecha preferida para la cita* (dd/mm/aaaa):

INFORMACIÓN SOBRE EL DIAGNÓSTICO

Diagnóstico*:

Paciente en tratamiento*:

No

Sí



**HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS**

Si la respuesta es "sí", informe los datos del médico responsable del tratamiento:

Nombre:

Teléfono:

E-mail:

¿Es una cita para segunda opinión*?

No

Sí

NECESIDAD

Cuál es el objeto de su solicitud*:

Cita con especialista

Transferencia para el ingreso hospitalario

SEGURO DE SALUD

¿Su seguro de salud cubre los gastos del hospital*?

No los cubre/no poseo

Sí

Si la respuesta es sí, indique el nombre de su seguro de salud:

* Campos obligatorios