

**FICHA DEL PACIENTE PARA EL EXAMEN CON CÁPSULA ENDOSCÓPICA**

DATOS PERSONALES

APELLIDO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO: ...../...../..... SEXO: M / F EDAD:.....

DOMICILIO:

LOCALIDAD: ..... C.P..... TELÉFONO  
PARTICULAR:

TELÉFONO LABORAL:

TELÉFONO CELULAR:

E-MAIL:

DATOS PARA INICIALIZACIÓN DEL REGISTRO

PESO: ..... ALTURA (cm) ..... DIAMETRO DE CINTURA (cm)

CONTEXTURA: DELGADO / NORMAL / SOBREPESO / OBESIDAD

DATOS DE COBERTURA MÉDICA

COBERTURA: N° DE AFILIADO: ..... PLAN: ..... EXENTO /  
GRAVADO

MÉDICO SOLICITANTE:

TELÉFONO: ..... E-MAIL: .....