

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Nombre: Identificación:  
Fecha de Nacimiento: Sexo:  
Estado Civil: Profesión:  
Religión que profesa: Nacionalidad:  
Dirección: Email:

Yo soy...

Paciente nuevo: Paciente Antiguo:

Fecha tentativa de la consulta:

Usted prefiere: Mañana: Tarde: Noche:

Tipo de enfermedad...

Tiene diagnóstico de Insuficiencia renal? SI: NO:

Relacione otros diagnósticos:

Le realizaron Biopsia renal? SI: NO: Fecha:

Relacione los medicamentos que está tomando:

Está en diálisis: SI: NO: Desde cuándo:

Breve resumen de su enfermedad: