

Fecha: ____/____/____

PACIENTE:

Fecha de ingreso: ____/____/____ **Fecha de Egreso:** ____/____/____

Compañía aseguradora: _____ Póliza N°: _____

Nombres: _____ Apellidos: _____

C.I: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ **ESTADO CIVIL:** _____

Dirección: _____

Telf. Celular: _____ Telf. CANTV: _____

ACOMPañANTE O RESPONSABLE:

Parentesco con el paciente: _____

Nombres: _____ Apellidos: _____

C.I: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ **ESTADO CIVIL:** _____

Dirección de habitación: _____

Telf. Celular: _____ Telf. CANTV: _____ Correo electrónico: _____

Contacto adicional o responsable:

Parentesco con el paciente: _____

Nombre y apellido: _____ C.I: _____ Edad: _____

Yo, _____, mayor de edad titular de la cedula de identidad N°: _____

Por medio de la presente declaro que me hago responsable del pago al **Centro Médico Dr. José Muñoz C.A:** domiciliada en la ciudad de Maracaibo, del total de gasto que ocasione con motivos de la prestación de sus servicios médicos al paciente _____, titular de la cedula de identidad N°: _____

Firma del responsable: _____

Huellas del responsable: _____