

SOLICITUD DE INGRESO / APPLICATION FOR ENTRY

FECHA DE INGRESO / DATE OF ADMISSION: ____/____/____

1. Nombre Del Paciente / Patient's Name: _____
2. Edad y Fecha de nacimiento /Age and Date of Birth: _____
3. Teléfono y correo / Phone and email. _____
4. Nacionalidad / Nationality: _____
5. Domicilio Particular (Comprobado) / Address: _____

6. Grupo sanguíneo / Blood group. _____
7. Indicar si hay algún alimento que no pueda comer/ Indicate if there is any food that you cannot eat:

8. Seleccionar si sufre alguna patología/ Select if you have any pathology:
 - Diabetes
VIH
Hipertenso/ hypertensive
 - Estreñimiento / Constipation
 - Depresión / Depression
 - Convulsiones/ Seizures
Cáncer/ Cancer
 - Alergias / Allergies: _____
 - Otro especifique/ other _____
9. ¿Otros (datos importantes) que debemos conocer? Other (important data) that we should know?

10. Datos del acompañante / Data of the companion:
 - ✓ Nombre completo / Full name: _____
 - ✓ Edad / Age: _____
 - ✓ Parentesco / Parent: _____
 - ✓ Teléfono / Phone: _____
11. ¿En caso de necesitar hospitalización a que hospital sería? (este el familiar responsable). In case you need hospitalization, which hospital would you go to? (This is the family member responsible for their admission).

Manifiesto haber leído y estar de acuerdo con los datos antes informados / I declare that I have read and agree to the data previously reported:

Baja Premium Care S.A de R.L de C.V._____
Paciente / Patient_____
Acompañante / Companion

