



# **Dominican Fetal Center**

## **FORMULARIO DE REFERENCIA DE PACIENTES**

*Fecha de Referencia:* \_\_\_\_\_

**Nombres:** \_\_\_\_\_

**Apellidos:** \_\_\_\_\_

**Cédula de Identidad:** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Familiar acompañante:** \_\_\_\_\_

**Teléfono del acompañante:** \_\_\_\_\_

**Parentesco con la paciente:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico Presuntivo:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ha sido valorada en algún centro autorizado del Dominican Fetal Center  
previamente?** \_\_\_\_\_

**Si la respuesta anterior es SI señale en cual:** \_\_\_\_\_

**Nombre del médico tratante:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

**NOTA: llenar el formulario en letra imprenta, escanearlo y enviarlo al email:  
[info@dominicanfetalcenter.com](mailto:info@dominicanfetalcenter.com)**