



GOBIERNO DE MENDOZA
 MINISTERIO DE SALUD,
 DESARROLLO SOCIAL Y DEPORTES

ANEXO

RESOLUCIÓN N° 001849

FICHA DE REGISTRO DE MALFORMACIONES CRANEOFACIALES
 DE LA PROVINCIA DE MENDOZA

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DNI N° _____

FECHA NACIMIENTO: _____

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____

DIAGNÓSTICO SECUNDARIO: _____

DOMICILIO: _____ DISTRITO: _____

DEPARTAMENTO: _____

EFECTOR QUE DERIVA: _____

PROFESIONAL QUE DERIVA: _____

APELLIDO Y NOMBRE MADRE, PADRE O REPRESENTANTE: _____

DNI N° _____

TEL. DE CONTACTO: _____

MAILS: _____

RÉDACTOR	<i>[Signature]</i>
SUPERVISOR	<i>[Signature]</i>
Sec. a cargo	<i>[Signature]</i>
DIRECTOR	<i>[Signature]</i>
SUBDIRECCIÓN	<i>[Signature]</i>

[Signature]
Cdora. ELISABETH CRESCITELLI
 Ministra de Salud,
 Desarrollo Social y Deportes