

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Espacio para la
foto



Carrera 84 A 37 C 63 -Medellín/Colombia
<http://sindromedeturnercolombia.jimdo.com/>
sindromedeturnercolombia@gmail.com
Facebook: Fundación Síndrome de Turner Colombia

Fecha de Inscripción: No. _____ Ciudad _____

NOMBRE Y APELLIDOS:			
FECHA DE NACIMIENTO:			
EDAD	SEXO	ESTATURA	PESO
DIRECCIÓN:			TELÉFONO
OCUPACIÓN:			ESTADO CIVIL
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:			
GRADO DE ESCOLARIDAD:			
Email			
NOMBRE DEL PADRE		NOMBRE DE LA MADRE	
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE		TELÉFONO	
NOMBRE DEL RESPONSABLE		PARENTESCO	

NÚMERO DE HERMANOS	NÚMERO DE HERMANAS	LUGAR QUE OCUPA
EPS	IPS	DIRECCION DE LA IPS
MÉDICO A CARGO DEL TRATAMIENTO		
TRATAMIENTO MÉDICO RECIBIDO		
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO RECIBIDO		
EVALUACIONES NEUROPSICOLÓGICAS		
INCONVENIENTES DURANTE EL TRATAMIENTO		
COMPLICACIONES MÉDICAS		
REMITIDA POR		

Observaciones: _____

Revisado _____ **Aprobado** _____

Aceptamos publicar las fotos de los encuentros en el momento que la Fundación considere necesario, para fines de la misma.

El apoyo que se brinda a la Fundación es netamente voluntario, hasta que se firme un contrato de prestación de servicios o contractual.

La información suministrada es netamente confidencial, para la base de datos de la Fundación.

Firma _____

