



DATOS DE IDENTIFICACIÓN

CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

CÓDIGO SMILE: _____

NOMBRE _____ 1 APELLIDO _____ 2 APELLIDO _____

M F
GENERO

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ TELÉFONOS: _____

EMAIL: _____ DIRECCIÓN: _____ PROVINCIA _____ CANTÓN _____ DISTRITO _____

OTRAS SEÑAS (dirección exacta)

ORIGEN: Empleado UCR, Estudiante UCR, Familiar empleado UCR, Familiar estudiante Facultad, Pagina WEB UCR, Iniciativa propia, Prensa oral o escrita, Convenio con la Facultad, Referido estudiante de la Facultad, Odontólogos particular, Remitido por una institución de salud

ESTADO CIVIL: Casado Divorciado Convivencia civil Soltero Unión libre Viudo

OCUPACIÓN: _____ **CLASIFICACIÓN:** Estándar, Beca 5 y 4, Ciudadano Oro, Funcionario UCR, Familiar funcionario UCR, Discapacidad, Mujer embarazada, Módulo

ESCOLARIDAD: _____ NACIONALIDAD: _____

EXPEDIENTE ANTERIOR: _____

EN CASO DE EMERGENCIA: _____ NOMBRE _____ TELÉFONO _____

CENTRO DE ATENCIÓN: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

HORARIO DISPONIBLE:

DÍA	L	K	M	J	V
MAÑANA					
TARDE					

DATOS DEL ENCARGADO O RESPONSABLE: (solo si es menor de edad)

Nombre: _____ Cédula: _____

Teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

ASIGNAR A: (solo estudiante)

CLÍNICA DE ATENCIÓN: _____ TRATAMIENTO SOLICITADO: _____

ESTUDIANTE ASIGNADO: _____ FECHA: _____

