

# Formulario de indicación de tratamiento en Cámara Hiperbárica



**DIVISIÓN COMERCIAL**  
**DEPARTAMENTO VENTA DE SERVICIOS**  
**CÁMARA HIPERBÁRICA – INDICACIÓN DE TRATAMIENTO**

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

**DATOS PATRONÍMICOS:**

Apellidos:  Nombres:

Edad:  Sexo:  Fecha de Nacimiento:

C.I.:  Otro:  Estado Civil:

Nacionalidad:

Dirección:

Ciudad o Departamento:  Teléfono:

---

**PROCEDENCIA:**

Institución:

---

CANTIDAD DE SESIONES INDICADAS:

FIRMA DEL MÉDICO: