



|                                 |                                                                                                             |     |  |  |     |     |     |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|--|-----|-----|-----|
| Nombre del paciente:            |                                                                                                             |     |  |  |     |     |     |
| Código del paciente:            |                                                                                                             |     |  |  |     |     |     |
| Institución al que pertenece    |                                                                                                             |     |  |  |     |     |     |
| Fecha de presentación al CIREH: | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr></table> |     |  |  | DÍA | MES | AÑO |
|                                 |                                                                                                             |     |  |  |     |     |     |
| DÍA                             | MES                                                                                                         | AÑO |  |  |     |     |     |
| Edad del paciente               |                                                                                                             |     |  |  |     |     |     |

**INFORMACIÓN DEL CASO A REPORTAR:**

|                   |  |
|-------------------|--|
| Nombre del Caso:  |  |
| Resumen del caso: |  |

**Nombre de quien presenta el caso:**

**Número de contacto:** \_\_\_\_\_

Anexar: Consentimiento informado – Carta de presentación – El Reporte de Caso o artículo a Publicar

Firma del Investigador principal