

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

(LLENAR CON LETRA CLARA O IMPRENTA)

FECHA.....

APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO:.....

DNI: EDAD: SEXO:

ANTECEDENTES PERSONALES Y PATOLOGICOS.....

.....
.....
.....
.....

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:.....

.....
.....
.....
.....

DIAGNOSTICO/S:

.....
.....

PLAN DE TRATAMIENTO:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE