

Fecha

HISTORIA CLINICA (Estado Actual)

Apellido y Nombre del Paciente

Antecedentes Personales y heredo-familiares
.....
.....
.....

Resumen semiológico
.....
.....
.....

Listado completo de Procedimientos, diagnosticos y terapeuticos realizados
.....
.....
.....
.....
.....

Administración de Drogas con detalle del esquema(dosis y numero de Aplicaciones)
.....
.....
.....
.....
.....

Evolución y pronostico
.....
.....
.....

.....
Firma y sello
del Médico

Diagnostico, tratamiento y/o intervenciones quirúrgicas que debe efectuarse el paciente

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

Tratamiento/s propuesto/s

.....
.....

Fecha de diagnostico de la enfermedad:

Fecha de realización de la práctica:/...../.....

Lugar donde se realizara la práctica:

.....

los datos consignados en la siguiente solicitud tiene carácter de declaracion jurada. la falsedad de los mismos podra dar lugar a lo que a derecho corresponda

Requerimientos del ministerio de salud

.....

Firma y sello del
médico tratante

.....

Firma del titular