



HISTORIA CLINICA PARA DERIVACION

DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombre.....DNI:.....

Carnet N°:.....Edad:.....Nacionalidad:.....

Domicilio:.....F. Nac.:...../...../.....

CAUSA DE LA CONSULTA (enfermedad referida al paciente)

.....
.....

ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS EFECTUADOS:

.....
.....

EVOLUCION:

.....
.....

ESTADO ACTUAL: (Biotipo).....

Talla:.....Peso:.....

SE REQUIERE: (especificar exámenes complementarios solicitados)

.....
.....

PRONOSTICO:

LUGAR Y FECHA:

* Sres. Profesionales, en la presente solicitud no debe especificar Medico o Centro Asistencial. *

.....
Firma y Sello Médico Tratante

RESOLUCION DE LA JUNTA MEDICA:

.....
.....

.....
Firma del Profesional