



HISTORIA CLINICA PARA DERIVACION

DATOS DEL PACIENTE

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

Carnet Nº:.....Edad:.....Nacionalidad:.....

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

CAUSA DE LA CONSULTA (enfermedad referida al paciente)

.....

ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS EFECTUADOS:

.....

EVOLUCION:

DERIVACIÓN POR PATOLOGÍAS Y/O CONTROLES QUE NO SE RESUELVEN EN LA PROVINCIA

ESTADO ACTUAL: (Biotipo).....

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

SE REQUIERE: (especificar exámenes complementarios solicitados)

.....

.....

.....

LUGAR Y FECHA:

* Señoras y Señores Profesionales, en la presente solicitud no debe especificar Médico o Centro Asistencial. *

.....

Firma y Sello Médico Tratante

RESOLUCION DE LA JUNTA MEDICA:

.....

.....

.....

Firma del Profesional

FECHA:/...../.....