



Fecha emisión:...../...../.....

HISTORIA CLINICA (Estado Actual)

Apellido y Nombre del Paciente:

AF. N° CUIL N° Edad: Fecha Nacimiento: / /

Descripción de la condición de salud actual

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tratamiento/s propuesto/s

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma y sello del médico: