



Fecha: ___ / ___ / _____

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

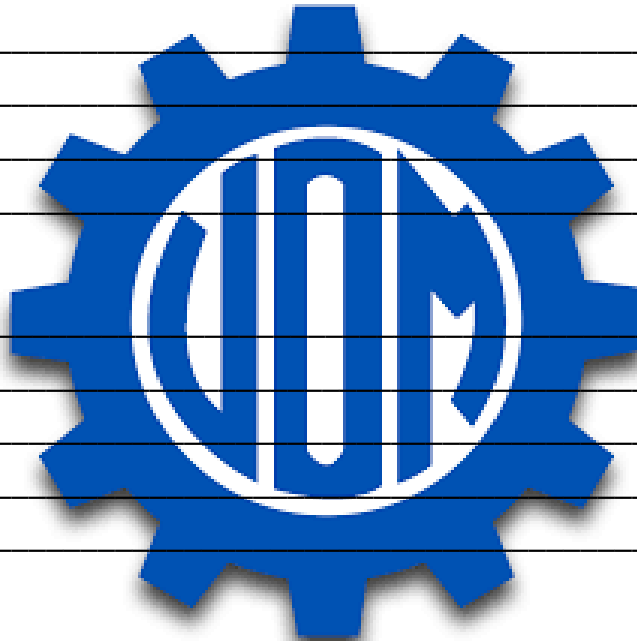
NOMBRE Y APELLIDO	
D.N.I.	

Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / _____

Diagnóstico: _____

Antecedentes de enfermedad actual _____

Estado actual: _____



Plan terapéutico: _____

Medicación: _____

Firma y Sello del Profesional tratante

Firma y Sello del Médico Auditor

