

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre y apellido _____

N° de afiliado _____

Tipo y n° de documento _____ Edad _____ Sexo _____

Categoría _____

(Titular / Cónyuge / Concubino / Hijo / Hijo Estudiante / Hijo Incapacitado / Padre o Madre)

Diagnóstico _____

Antecedentes de la enfermedad _____

Estado actual (detallando el estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades) _____

Detalle (completo) del tratamiento indicado _____

Firma y sello
del Médico tratante

Firma y sello
Auditor Médico OSPE