

DATOS DEL PACIENTE

FECHA: / /

NOMBRE Y APELLIDO:

NUMERO DE BENEFICIARIO:

NUMERO DE DOCUMENTO:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

CATEGORIA:

SEXO:

MASCULINO FEMENINO

DIAGNOSTICO

PATOLOGIA

MOTIVO MEDICO

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD (detalle de estado funcional, complicaciones y/o comorbilidad)

:

ESTUDIOS REALIZADOS:

DETALLE DEL TRATAMIENTO INDICADO:

FIRMA MEDICO TRATANTE-----
FIRMA MEDICO AUDITOR