



APELLIDO Y NOMBRES:.....

EDAD:..... **AFILIADO NRO:**.....

1- Motivo de la Consulta:.....
.....

2- Resumen de Historia Clínica:.....
.....
.....
.....
.....

3- Diagnósticos Presuntivos:
A-
B-
C-

4- Exámenes complementarios ya realizados (con protocolos de informes):.....
.....
.....

5- Tratamientos realizados:.....
.....
.....

.....
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

Agradecemos a los Señores Profesionales complimentar los ítems precedentes con letra legible o mecanizada. Si es necesario, enviar en sobre cerrado.

Lugar y Fecha:.....

.....
Auditoría Médica