



O.S.C.T.C.P.
MORENO 3037-CABA
Reg. INOS 1-2160

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

APELLIDO/S Y NOMBRE/S.....

D.N.I. N°.....EDAD.....

FECHA DE NACIEMNIENTO...../...../.....

DIAGNOSTICO.....

.....

.....

.....

ANTECEDENTES.....

.....

.....

.....

MEDICACION.....

.....

.....

ESTADO ACTUAL.....

.....

.....

.....

.....

FIRMA Y SELLO:

LUGAR Y FECHA..... DEDE