TRÁMITES OFICIALES-DISCAPACIDAD TELÉFONOS: 4011-5100 - INTERNO: 129/130



RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

(COMPLETAR TODOS LOS CASILLEROS)

APELLIDO Y NOMBRE:		
TIPO Y Nº DE DOC. :	N° DE AFILIADO:	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	
DIAGNÓSTICO:		
TIPO DE DISCAPACIDAD:		
RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICA	AR: Estado actual del beneficiario- Antecedentes – l	Medicaciónː
LUGAR Y FECHA (DÍA – MES- AÑO)	FIRMA Y SELLO DEL PROFESI	ONAL