



Municipalidad de Trelew

## HISTORIA CLINICA – LARGO TRATAMIENTO

NOMBRE y APELLIDO:.....

DNI:..... TELÉFONO:.....

DOMICILIO:.....

LUGAR DONDE SE DESEMPEÑA:.....

DETALLE DE TAREAS:.....

DESDE CUANDO NO ASISTE:.....

MOTIVO DE CONSULTA:.....

PATOLOGÍA:.....

EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTOS REALIZADOS:.....

ANTECEDENTES PERSONALES:.....

DIAGNÓSTICO: .....

TRATAMIENTO/ LICENCIA INDICADA:.....

MÉDICO TRATANTE:.....

FIRMA, LUGAR Y FECHA: .....