



Municipalidad de Trelew

## HISTORIA CLINICA

(Patologías mayores a 96 hs. o agentes que NO residan en Trelew)

NOMBRE:.....

APELLIDO:.....

DNI:..... TELÉFONO:.....

DOMICILIO:.....

DEPENDENCIA DONDE SE DESEMPEÑA:.....

DETALLE DE TAREAS:.....

MOTIVO DE CONSULTA:.....

PATOLOGÍA:.....

ANTECEDENTES PERSONALES:.....

.....

.....

.....

DIAGNÓSTICO: .....

.....

.....

.....

TRATAMIENTO INDICADO:.....

.....

.....

.....

.....

.....

MÉDICO TRATANTE:.....

.....

.....

FIRMA, LUGAR Y FECHA: .....