



Municipalidad de Trelew

HISTORIA CLINICA POR ATENCION DE FAMILIAR ENFERMO

NOMBRE y APELLIDO DEL FAMILIAR ENFERMO:

.....

DNI:.....PARENTESCO:.....

NOMBRE y APELLIDO DEL AGENTE:.....

DNI:.....TELÉFONO:.....

DOMICILIO:.....

DEPENDENCIA DONDE SE DESEMPEÑA:.....

PATOLOGÍA:.....

DIAGNÓSTICO:

.....
.....
.....

TRATAMIENTO INDICADO:.....

.....
.....
.....

MÉDICO TRATANTE:.....

FIRMA, LUGAR Y FECHA: