

ANEXO III

HISTORIA CLÍNICA

Documento De Identidad: _____

Apellidos Y Nombres: _____

Edad: _____

Fecha y Nacimiento: _____

Sexo : _____ Estado Civil: _____

Dirección
Actual: _____ Teléfonos: _____

Diagnostico _____

RESUMEN HISTORIA:

FECHA/...../.....

FIRMA Y SELLO MEDICO

*Será motivo de DEVOLUCION DE DOCUMENTACION:
"la inexistencia o confección incorrecta y/o incompleta del anexo"*