



## HISTORIA CLÍNICA

Nº DE AFILIADO: \_\_\_\_\_

Documento de Identidad: \_\_\_\_\_

Apellidos Y Nombres: \_\_\_\_\_

E-mail del afiliado: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha y Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Dirección Actual: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Diagnostico** \_\_\_\_\_

**EDSS (solo en el caso de esclerosis múltiple):**

\_\_\_\_\_

**RESEÑA DE HISTORIA CLINICA:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PLAN TERAPEUTICO PROPUESTO:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FECHA:** ...../...../.....

**FIRMA Y SELLO MEDICO**