

Resumen Clínico

Nombres y Apellidos Fecha

Edad Cédula

Historia Breve de la Enfermedad Actual

Tiempo de Evolución

Diagnóstico

Estudios Realizados

Tratamiento(s) Previo(s)

Procedimiento/ Estudio Solicitado

Nombre y Número de Teléfono del Médico de Cabecera

Nombre, Firma y Código del Médico Tratante

