**%TIPO% CLÍNICO**

**NOMBRE:** %NOMBRE% **FECHA:** %HOY%

**EDAD:** %EDAD%

**DOMICILIO:** %DOMICILIO%

**TELÉFONO / CELULAR:** %TELEFONO%

**MOTIVO DE CONSULTA:** %MOTIVO%

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICO:** %DIAGNOSTICO%

**TRATEMIENTO:** %TRATAMIENTO%

**PRONÓSTICO:** %PRONOSTICO%