

Fecha de Elaboración: _____

1. DATOS DEL USUARIO

Apellidos: _____ Nombres: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Ciudad de Residencia: _____

Motivo de la Consulta: _____

Fecha de Inicio de los síntomas: _____

Descripción de la Enfermedad: _____

Antecedentes Patológicos (día/mes/año): _____

Resultado de Exámenes (día/mes/año): _____

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Descripción del procedimiento propuesto, indicar si es ambulatorio u hospitalario, si fuese así, ¿Cuántos días de hospitalización requerirá?

Fecha Programada para la intervención (día/mes/año)

Hospital y/o Clínica y/o Consultorio

Nombre del Médico Tratante

SELLO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE