# **FICHA MÉDICA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATOS PERSONALES DEL PACIENTE | | |
| N° de Legajo: | 2945 | |
| Apellido: | Tamashiro | |
| Nombres: | Santiago | |
| Fecha de Nacimiento: | 12.08.1996 | |
| Nacionalidad: | Argentina | |
| Dirección: | Maestra Piovano 1338 | Código Postal |
| Localidad: | Hurlingham |  |
| Provincia: | Buenos Aires | |
| Teléfono particular: | 4665-0372 | |
| Teléfono celular: | 15-2276-7002 | |
| Obra social: | OSPATCA | |
| Plan: | ? | |
| N° de afiliado: | 41790 | |
| Fecha de ingreso: | 05.07.2015 | |
| Grupo sanguíneo y factor: |  | |
| Dona órganos: |  | |

# **HISTORIA CLÍNICA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FECHA | DETALLE / PRÁCTICA | PROFESIONAL |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |