



INFORME CENTRO DE ATENCION HISTORIA CLINICA

**Planilla 3** - Para completar por profesional tratante pormenorizada y legible una vez que el afiliado se encuentra en condiciones de regresar a su lugar de residencia

Afiliado Nº \_\_\_\_\_ D.N.I. Nº \_\_\_\_\_

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

Domicilio Institución: \_\_\_\_\_

Médico Tratante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Resumen Historia Clínica: \_\_\_\_\_

Medicación/ Plan de Tratamiento: \_\_\_\_\_

Alta definitiva: ☐ SI ☐ NO ☐ Próximo control en zona de residencia ☐ SI ☐ NO ☐

En caso de requerir controles posteriores quedará sujeto a Auditoría Médica Zonal y/o Sede Central

INSTITUCIÓN PARA NUEVOS CONTROLES

Domicilio Institución: \_\_\_\_\_

Estudios Solicitados para próximo control (prescripción médica original de profesional tratante)

Turnos acordados para próxima derivación - por control

Especialidad \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

Profesional: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha:

Firma y Sello Profesional Tratante