

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**DATOS DEL AFILIADO**

Nombre y Apellido: .....

N° de afiliado: .....

Dirección: .....

Teléfono: .....

**1- ENFERMEDAD ACTUAL**

Motivo de consulta: .....

Síntomas: .....

.....

Fecha de inicio de los síntomas: .....

Estudios diagnósticos previos: SI / NO (Tachar lo que no corresponda)

Tipo de Estudio:..... Fecha:..... Diagnóstico:.....

.....

.....

.....

Tratamientos previos recibidos en relación a la enfermedad actual: SI / NO

Médicos: SI / NO

Cuáles: .....

Fecha: .....

Quirúrgicos: SI / NO

Cuáles: .....

Fecha: .....

**2- ANTECEDENTES RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD ACTUAL**

Clínicos: SI / NO Cuáles: .....

Fecha: .....

Quirúrgicos: SI / NO Cuáles: .....

Fecha: .....

**3- OTROS ANTECEDENTES**

Clínicos: .....

Fecha: .....

Quirúrgicos: .....

Fecha: .....

Otros: .....

**4- MEDICACIÓN ACTUAL**

Droga: ..... Dosis: ..... Frecuencia: .....

.....

.....

.....  
Firma y Sello del Médico

Nº de matrícula: .....

TE de contacto: .....

Fecha: ..... / ..... / .....

**IMPORTANTE: En caso de tener estudios diagnósticos previos por imágenes, biopsia, anatomía patológica, etc, se debe adjuntar el informe de los mismos.**

**La planilla debe estar COMPLETA, con todos los datos solicitados, caso contrario no se aceptará.**