DRA. ROSMARIAN CASTILLO R.

**MÉDICO OFTALMÓLOGO – CIRUJANO OCULOPLÁSTICO**

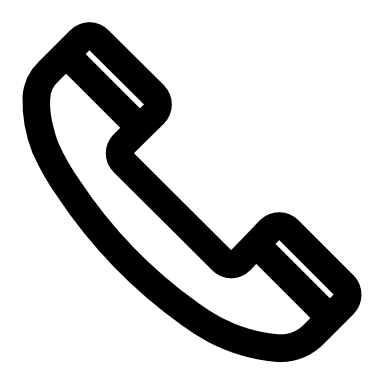
CMA: 9201 | MPPS: 77535



Centro Empresarial Qvdra | Avenida Sucre cruce con Avenida Rómulo Gallegos. Piso 1, Oficina N° 9. Los Dos Caminos | Caracas – Venezuela

0414-0510717 | @dra.rosmariancastillo

**INFORME MÉDICO**



Nombre: {nombre}

CI N°: {numeroDocumento}

En el día de hoy, {FechaConsulta}, acude a consulta el/la paciente {nombre}, de {edad} de edad, titular del documento de identidad {tipoDocumento} {numeroDocumento}, de sexo {sexo}, residenciado/a en el estado {estadoResidencia}, en la ciudad de {ciudad}, {direccion}, con número de contacto {telefono}.

El/La paciente acude por presentar {MotivoConsulta}.

HALLAZGOS DEL EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

[Describir hallazgos]

DIAGNÓSTICO:

[Incluir diagnóstico]

PLAN:

[Detallar plan de tratamiento]

Este informe se expide a solicitud de la parte interesada.