

**ANEXO 2**  
**RESUMEN HISTORIA CLÍNICA**  
**(Completar todos los campos)**

**Fecha:**

**Beneficiario:**  
**OSPIM Nro. De afiliado:**

**F. de Nacimiento:**  
**DNI:**

**Diagnóstico y Estado Actual:**

**Evolución en el último año:**

**Antecedentes de Salud significativos:**

**Medicación:**

**Plan Terapéutico:**

**Datos del Profesional tratante**  
**Teléfono**  
**Correo electrónico**

**Firma y sello**  
**Profesional tratante**