HISTORIA CLINICA						Fecha	
OBRA SOCIAL:			PLAN:				
DATOS DEL AFILIADO	Tipo	Nro.de Documento	Nro de Afiliado	Apellido y Nombres		Edad	Peso
	Dirección				Nro	Piso	Dpto
	Localidad			Código Postal		Teléfono	
DATOS DEL MÉDICO	MATRICULA		Apellido y Nombres			Especialidad	
	Dirección		Nro.	Localidad		Teléfono	
	Firma y Sello del Médico		Sr.Profesional: Le recordamos que el presente formulario debe estar completo en todas sus partes, a fin de que el afiliado pueda acceder a la cobertura que otorga la Obra Social.				

HISTORIA CLINICA

Diagnóstico	Droga	Nombre Comercial	Dosis/ Días en mg	Días al mes	Días de tratamiento (total)

Estampillar