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. La vigencia del mismo será por el total de días solicitados para el tratamiento con un máximo de 180 días.			

HISTORIA CLINICA

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