



HISTORIA CLÍNICA						Fecha	
OBRA SOCIAL: <input type="text"/>			PLAN: <input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATOS DEL AFILIADO	Tipo	N° Doc.	Afiliado N°	Apellido y Nombres		Edad	Peso
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Dirección			N°	Piso	Depto.	
	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Localidad			C.P.	Teléfono		
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>			
DATOS DEL MÉDICO	Matrícula	Apellido y Nombres			Especialidad		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
	Dirección	N°	Localidad		Teléfono		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
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 CLÍNICA							
Diagnóstico	Droga	Nombre Comercial	Dosis / Días en mg.	Días al mes	Días de tratamiento (total)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		