

FECHA DE EMISIÓN: ____/____/____

La fecha de emisión deberá ser anterior al inicio de la prestación

Anexo I

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Datos del afiliado

Nombre y apellido:

DNI:

Edad:

Diagnóstico según CUD:

.....

Indicar resumen del paciente:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma y sello del Médico tratante