

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (FORMULARIO 1)

Fecha de emisión: ___/___/___

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y apellido: _____

Tipo y número de documento: _____

Edad: _____

DIAGNÓSTICO SEGÚN CUD: _____

PRESTACIONES QUE RECIBE ACTUALMENTE: _____

DESCRIPCIÓN INTEGRAL DE LA CONDICIÓN DE SALUD: _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE