

Resumen Clínico

Datos del Usuario

Nombres y Apellidos: _____ Fecha: _____

Cédula / No. Afiliado: _____ Edad: _____

Historia Breve de la Enfermedad Actual (Signos y síntomas, motivo de consulta, antecedentes)

Tiempo de Evolución:

Diagnóstico:

Presuntivo: ☐

Definitivo: ☐

Estudios Realizados (Anexar copias de los resultados):

Tratamiento(s) Previo(s):

Procedimiento / Estudio Solicitado:

Código CUPS

Nombre y Número de Teléfono del Médico de Cabecera: _____

Nombre, Firma y Código del Médico Tratante

Sello del Médico