



**RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA INDICADA**

(Llenar por el paciente los datos personales)

Fecha: ...../...../.....

Apellido y Nombre: ..... Plan: .....

N° Socio: ..... CMM SALUD  RP  OSMEDICA  C.C.

Fecha de Nacimiento: ...../...../.....

D.N.I: .....

Domicilio: ..... Teléfono: .....

**DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA QUE PRESENTA** (Llenar por el médico)

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....
- 5) .....
- 6) .....

MONODROGA	CONCENTRACIÓN	DOSIS	MESES DE TRATAMIENTO	FIRMA Y SELLO
			1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6	
1) .....	.....	.....	.....	.....
2) .....	.....	.....	.....	.....
3) .....	.....	.....	.....	.....
4) .....	.....	.....	.....	.....
5) .....	.....	.....	.....	.....
6) .....	.....	.....	.....	.....

**AUTORIZACIÓN AUDITORÍA**

Observaciones: .....

Excluye medicamento oncológicos, psicotrópicos y tratamientos agudos.

Vencimiento Historia Clínica: ...../...../.....

Apellido y Nombre: .....

.....  
Firma y Sello Auditor  
N° .....

.....  
Firma y Fecha Recepción

