



FECHA: _____

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Paciente: _____

DNI: _____

Fecha de nacimiento: _____

Diagnóstico: _____

Antecedentes de salud: _____

Antecedentes educativos/terapéuticos/laborales/etc: _____

Evolución del último año de tratamiento: _____

Estado Actual: _____

Medicación: _____

Plan terapéutico: _____

Firma y Sello Del profesional tratante

Firma y Sello del médico auditor