

DATOS DEL PACIENTE

Iniciales Últimos 3 números del DNI

Género M F Edad en años

Etnia Blanca Negra Amarilla Mestizo

Diagnóstico.....

Tiempo de Evolución: años meses días

Descripción de la imagen
.....
.....
.....
.....

Declaro bajo juramento que todos los datos precedentes son reales y corresponden a mi paciente, cuya historia clínica se encuentra en:
Hospital.....
Clínica.....
Consultorio.....

El paciente ha otorgado el Consentimiento Informado por escrito SI NO

Firma del médico de cabecera

Fecha

Nombre y Apellido