

Datos del afiliado

Apellido	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>
Edad	<input type="text"/>	Sexo	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
		Tipo y número de documento	DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Domicilio	<input type="text"/>		
Localidad	<input type="text"/>	Teléfono	(<input type="text"/>) <input type="text"/>

Resumen de la Historia Clínica*

(*) Adjuntar informes de estudios correspondientes

Diagnóstico principal:

Diagnóstico secundario:

Datos a completar

Nombre Genérico	Forma farmacéutica	Potencia/Concentración	Dosis diaria

Tiempo de tratamiento estimado:

Dos meses Cuatro meses Seis meses

Fecha

Firma y sello del Profesional Tratante

Form. 02-531