

ANDE

Nº:		
F E C H A		

REGISTRO DE CONSULTAS MÉDICAS

Nombre y Apellido del Paciente: _____

Fecha y hora de la consulta médica: _____

Motivo de la consulta médica: _____

Tratamiento Médico y/o medicación sugerida: _____

Necesita derivación a otro Centro Asistencial: SI NO

Motivo de la derivación o Patología a ser evaluada por el Especialista: _____

Especialidad Médica a la cual se deriva: _____

Estudios especiales requeridos: _____

Los Tratamientos y/o estudios requeridos son de carácter urgente: SI NO

Observaciones: _____

Firma y Sello del Profesional Médico

Nota: El presente Formulario debe ser llenado íntegramente en los campos habilitados, sin enmiendas y soberraspados para la validez del mismo.