

ANDE

REGISTRO DE CONSULTAS MÉDICAS

N°

F E C H A

Nombre y Apellido del Paciente: _____

Fecha y Hora de la Consulta Médica: _____

Motivo de la Consulta Médica: _____

Tratamiento Médico 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 o estudios requeridos son de carácter urgente: SI NO

Observaciones: _____

Firma y Sello del Profesional Médico

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