

ANDE

REGISTRO DE CONSULTAS MÉDICAS

N°	1
FECHA	
2	

Nombre y Apellido del Paciente: 3

Fecha y Hora de la Consulta Médica: 4

Motivo de la Consulta Médica: 5

Tratamiento Médico o Medicación sugerida: 6

Necesita derivación a otro Centro Asistencial: 7

 SI NO

Motivo de la derivación o patología a ser evaluada por el Especialista: 8

Especialidad Médica a la cual se deriva: 9

Estudios especiales requeridos: 10

Los tratamientos o estudios requeridos son de carácter urgente: 11

 SI NO

Observaciones: 12

13

Firma y Sello del Profesional Médico

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