

nº historia clínica

**PACIENTE**

apellidos \_\_\_\_\_ nombre \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_

fecha nacimiento \_\_\_\_\_ nº seguridad social/tarjeta sanitaria \_\_\_\_\_

**FACULTATIVO**

apellidos, nombre \_\_\_\_\_

servicio \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

ubicación  h. general  h. provincial  h. materno infantil  consulta externa

planta \_\_\_\_\_ cama \_\_\_\_\_ consulta ext nº \_\_\_\_\_

## HOJA DE CONSULTA

médico peticionario \_\_\_\_\_ fecha y hora petición \_\_\_\_\_

al servicio \_\_\_\_\_ con carácter  urgente  en el día  normal

**MOTIVO DE CONSULTA**

fdo. Dr.

**INFORME**

DIAGNÓSTICO

fecha \_\_\_\_\_ fdo. Dr. \_\_\_\_\_

ejemplar para la historia clínica