

ANEXO II – RESOLUCION N° 3526

**RESUMEN DE HISTORIA CLINICA
PROVINCIA DE RIO NEGRO**

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE:

DIAGNÓSTICO PRESUNTO:

ANTECEDENTES MEDICOS DE LA ACTUAL ENFERMEDAD (detallar fecha de inicio): ...

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANTECEDENTES PERSONALES:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ESTADO ACTUAL:

PESO: **ESTATURA:** **TEMPERATURA:**

PULSO: **PRESION ARTERIAL:**

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

.....
.....
.....

.....
.....
.....

TRATAMIENTO (debe constar probable fecha de reintegro a sus tareas):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

OBSERVACIONES (otros datos de interés):

.....
.....
.....
.....

FECHA:

FIRMA Y SELLO (Médico tratante)

En la ciudad de..... a los.....días del mes de.....del
año.....siendo las.....horas, certifico que el/la docente.....
..... ha presentado el certificado médico único en el área de
recursos humanos de.....

FIRMA ACLARACION

* Se debe entregar copia del presente al docente con firma y sello del receptor, fecha y hora de recepción.