

ANEXO 1

FORMULARIO DE HISTORIA CLINICA
Hospitalización programada

Fecha de elaboración:

Datos del cliente

Apellidos	Nombres	Sexo	Edad	Ciudad de Residencia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Motivo de la consulta

Fecha de inicio de síntomas

Descripción de la enfermedad

Antecedentes patológicos (registrar fecha de realización)

Resultados de los exámenes más relevantes (registrar fecha de realización)

Diagnóstico definitivo

Descripción breve del procedimiento propuesto

Fecha programada para la intervención (día/mes/año)

Hospital y/o clínica

Nombre médico tratante

Firma y sello del médico tratante

Datos relevantes del contrato

Contrato	Activo SI / NO	Inicio vigencia (día-mes-año)	Plan	% de siniestralidad

Descripción de la enfermedad

Antecedentes patológicos (registrar fecha de realización)

Código y descripción del / los diagnósticos)

Código y descripción del / los procedimientos propuestos

Fecha programada para la intervención (día/mes/año)

--

Caso autorizado	Médico Auditor	Firma del Médico Auditor
SI () NO ()		

En caso necesario completar la siguiente información:

Fecha de inicio de gestión	Fecha de finalización de la gestión

Resultados de la investigación (registrar: fecha, fuente, descripción de lo obtenido)
