



O.S.P.A.V. FILIAL \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## **HISTORIA CLÍNICA PARA PEDIDOS DE ESTUDIOS ESPECIALES**

### **1 DATOS PERSONALES**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ N° Afiliado:

### **2 ESTUDIO SOLICITADO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **3 ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **4 EXAMEN FISICO (SOLO DATOS POSITIVOS)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **5 ESTUDIOS REALIZADOS (RESULTADOS)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **6 DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO O DE CERTEZA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **7 MOTIVO POR EL QUE SE SOLICITA EL ESTUDIO:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma y sello del Médico*

### **INFORME AUDITORIA O.S.P.A.V.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_