

Informe Oficial de Salud

Paciente:

CIP:

Fecha Nac:

Sexo:

NASS:

R.S.S.:

General

DNI:

Centro de Salud y Profesional que emite el informe:

Centro:

Gerencia:

Dirección:

Teléfono:

Cabecera:

Nº Col:

CIAS:

Emisor informe:

Nº Col:

CIAS:

Alergias y Antecedentes personales
Alergias:

Factores de Riesgo

Problemas Activos

Hoja de Medicación
Tratamiento:

Observaciones

Este informe de salud en sí mismo no se trata de una acreditación de aptitud. Los datos sanitarios contenidos son de especial protección y tienen como único destinatario la persona solicitante. El uso de los mismos y su entrega a terceros quedan bajo la estricta responsabilidad del destinatario (Paciente o su representante legal)

En a de de 201

Firmado: