



Instituto de Obra Social
del Empleado Provincial
9 de Julio Nº 359 - Santiago del Estero
Tel: (0385) 4242900
www.iosep.gov.ar - info@iosep.gov.ar

Historia Clínica

Fecha

Historia Clínica

Nº

Datos Del Afiliado	Nº de Afiliado		Nº de Documento			Apellido y Nombre					
	Sexo		Peso	Talla	IMC	Fecha de Nacimiento	Domicilio		Nº	Piso	Dpto.
	F	M									
	Código Postal		Localidad				Provincia		Cod. Área	Teléfono	
Datos Del Médico	Matrícula		Apellido y Nombre					Especialidad			
	Domicilio			Nº	Cód. Postal	Localidad		Provincia	Cod. Área	Teléfono	
Firma y sello del médico						<p>Sr. Profesional: Le recomendamos que el presente formulario debe estar completo en todas sus partes, a fin de que el afiliado pueda acceder a la cobertura que otorga la obra social. La vigencia del mismo será por el total de días solicitados para el tratamiento con un máximo de 180 días. Queda sujeto a evaluación de auditoría médica.</p>					

Historia Clínica

ENFERMEDAD ACTUAL

Síntomas:

Signos:

ANTECEDENTES FAMILIARES Y DE ENF. ACTUAL

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS *(adjuntar fotocopias de los mismos)*

DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO: *CONSIGNAR: MONODROGA, NOMBRE COMERCIAL, DOSIS DIARIA.*

