

Concepto de Rehabilitación

Ciudad y Fecha (Año/Mes/Día)

Cordial Saludo,

Relaciono la información médica sobre el(la) siguiente paciente:

Apellidos		Nombres	
Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>	N° Documento de Identidad		Fecha de Nacimiento (Año/Mes/Día)

Diagnóstico (s): enumere las diferentes patologías que presenta el (la) paciente:

Clasificación de la patología:

<p>*Concepto de Rehabilitación:</p> <p><input type="checkbox"/> Favorable</p> <p><input type="checkbox"/> Desfavorable</p>	<p>*Causa:</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad</p> <p><input type="checkbox"/> Accidente</p>	<p>*Origen:</p> <p><input type="checkbox"/> Común</p> <p><input type="checkbox"/> Profesional</p>
--	---	---

(*Marque solo una de las casillas por cada clasificación)

<p>_____ Nombre del Médico</p> <p>_____ Registro Médico No.</p> <p>_____ Especialidad</p>	<p>Firma del Médico</p>
---	--------------------------------