

Datos del afiliado

		Fecha		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Apellido	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>					
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sexo	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>		
				Tipo y N° de documento	DNI <input type="checkbox"/>	LE <input type="checkbox"/>	LC <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Localidad	<input type="text"/>			Teléfono	<input type="text"/>			

Fecha de Diagnóstico

Historia Clínica (completar con letra legible)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Esquema Terapéutico sugerido

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

Si necesita más items por favor seguir al dorso

Tratamientos Previos

.....

.....

.....

Motivo de cambio de Esquema

.....

.....

.....

Datos del Médico Tratante

Apellido	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>		
E mail	<input type="text"/>		Teléfono	<input type="text"/>	