

DATOS DEL PACIENTE

Iniciales

N° HC

Sexo M F

Edad en años

Raza Blanca

Negra

Amarilla

Mestizo

Diagnóstico

Tiempo de evolución : años meses días

Descripción de la imagen

.....
.....
.....
.....

Declaro bajo juramento que todos los datos precedentes son reales y corresponden a mi paciente, cuya historia clínica se encuentra en:

Hospital

Clínica

Consultorio

Firma del médico de cabecera

Fecha

Nombre y apellido