

## INFORME MÉDICO

### DATOS DEL CENTRO:

Nombre:

Dirección:

### DATOS DEL PACIENTE:

Nombre y Apellidos:

Fecha de Nacimiento:

Nº de Seguridad Social:

### ANTECEDENTES PERSONALES:

Antecedentes de enfermedades, quirúrgicos y tratamientos farmacológicos:

### PROBLEMAS DE SALUD ACTUALES (con fecha estimada de inicio)

### TRATAMIENTOS MEDICOS Y FARMACOLÓGICOS (incluir prescripciones crónicas)

Fecha:

Firma y nº de colegiado: