

HISTORIA CLINICA

DATOS PERSONALES

1) Apellido 2) Nombres

3) Edad 4) E. Civil

5) Nacionalidad 6) L.E. L.C. C.I. N°

7) Domicilio 8) Localidad

9) Provincia 10) Ministerio

11) Repartición

12) Tareas que realiza 13) Fecha de ingreso
en la Administración Pública Nacional

14) ¿Efectuó el examen médico de ingreso como agente civil de la Nación?: Si No 15) Donde?
.....

16) En que fecha 17) ¿Desde cuándo no asiste al trabajo?
.....
.....
.....

18) Enfermedad actual

19) Datos positivos de la documentación médica complementaria que adjunta

EXAMEN COMPLEMENTARIO

20) Sintomatología actual

21) **DIAGNOSTICO**

22) Documentación médica o complementaria solicitada

23) Observaciones

24) **LICENCIA OTORGADA:** Desde el

Hasta el de acuerdo al acto

administrativo:

25) **NUEVO EXAMEN o ALTA:**

26) Lugar y Fecha

27) Firma y sello del profesional examinador