



Informe de alta clínica del paciente

Registro clínico

Historia n °

Fecha

Datos personales

Nombre	Apellidos		
Dirección		C.P.	Ciudad
Teléfonos	E-mail		Profesión

Diagnóstico y pruebas complementarias

Diagnóstico inicial

Pruebas complementarias realizadas

Tratamientos realizados y estado actual

Tratamientos realizados

Estado actual

Recomendaciones – Mantenimiento – Fármacos necesarios

Recomendaciones - Mantenimiento

Fármacos necesarios

, / /
Dr/ra.

, / /
D./ña.

Profesional que firma el alta clínica

Conformidad del Paciente