



Nombre: _____

Apellido1: _____

Apellido2: _____

F. Nac.: _____ NHUSA: _____

Domicilio: _____ nº: _____ Municipio: _____ tfno: _____

nº historia clínica

Dr. _____

Servicio: _____

Fecha/hora: _____

INFORME-HISTORIA DE URGENCIAS

motivo de consulta: _____ consulta nº: _____

ANAMNESIS, EXPLORACIÓN FÍSICA, PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

IMPRESIÓN CLÍNICA DE URGENCIAS

TRATAMIENTO

DESTINO DEL PACIENTE

FIRMA DEL FACULTATIVO

alta de urgencias fecha: _____ hora _____

Dr.: _____

CNP: _____

parte de lesiones: SI ☐ NO ☐

Importante: Con el fin de que el usuario reciba una correcta atención médica, se le informa que la IMPRESIÓN CLÍNICA DE URGENCIA se basa en un estudio de urgencia, que no presupone un diagnóstico definitivo. Este deberá establecerlo su Médico de Atención Primaria junto con su(s) especialista(s) a quién deberá acudir el paciente lo más precozmente posible con este informe



PÁGINA 2

Nombre y Apellidos:

nº historia clínica

INFORME-HISTORIA DE URGENCIAS

INFORMES

IMPRESIÓN CLÍNICA DE URGENCIAS		TRATAMIENTO	
DESTINO DEL PACIENTE		FIRMA DEL FACULTATIVO	
alta de urgencias fecha:		Dr.:	
hora		CNP:	
parte de lesiones:	SI ☐	NO ☐	