



## ENVÍO DE HISTORIAS CLINICAS

<b>FECHA DE ENVÍO:</b>	
<b>CENTRO EMISOR:</b>	Gerencia A.P. Talavera <b>C.S.:</b>
<b>DIRECCIÓN:</b>	
<b>LOCALIDAD:</b>	
<b>NOMBRE FACULTATIVO:</b>	
<b>CÍAS:</b>	

### HISTORIA CLÍNICA ENVIADA

	*Apellidos	*Nombre	*Fecha de nacimiento	*N <sup>a</sup> T.S.I
1				
2				
3				
4				
5				

*\* Datos obligatorios*

<b>CENTRO AL QUE SE ENVIA:</b>	
<b>C.S.:</b>	
<b>DIRECCIÓN:</b>	
<b>LOCALIDAD:</b>	
<b>NOMBRE FACULTATIVO:</b>	
<b>CÍAS:</b>	

Fecha:

Nombre y firma del Responsable de la Unidad Administrativa

**Sello de la Gerencia de A.P.**