

**FORMULARIO DE HISTORIA CLINICA PARA SOLICITAR  
EL ALTA EN LA MATRICULA – REHABILITACION**

APELLIDO Y NOMBRE:		MATRICULA: <small>(INDICAR SOLO EN CASO DE REHABILITACION)</small>	
EDAD:	DOMICILIO:		
LOCALIDAD:	C.P:	TE. Nº:	
EL PRESENTE FORMULARIO DEBERÁ CUMPLIMENTARSE EN FORMA DESCRIPTIVA			
<b>A) ANAMNESIS</b>			
1) Antecedentes Patológicos:			
1.a) Infancia:			
1.b) Adulto:			
1.c) Operaciones:			
1.d) Traumatismos:			
1.e) Antecedentes Familiares:			
<b>B) EXAMEN FISICO</b>			
2) Examen general:			
2.a) Piel:			
2.b) Cráneo, Ojos, Oídos, Nariz y Garganta:			
2.c) Cuello:			
2.d) aparato Respiratorio:			
2.e) Aparato Cardiovascular:			
2.e.1) Tensión Arterial:			
2.f) Aparato Gastrointestinal:			

2.g) Aparato Urinario:

2.h) Aparato Locomotor:

2.i) Examen Neuropsiquiátrico:

**C) DIAGNOSTICO:**

**D) RESUMEN:** Existen discapacidades: SI - NO  
En caso de existir indicar grado y ubicación de la lesión:

**FECHA:**

**FIRMA Y SELLO DEL MEDICO:**

(Para completar por el odontólogo/a):

----- En mi condición de interviniente en la presente, ratifico las expresiones aquí contenidas y que se me atribuyen. -----

**FIRMA:**

**ACLARACION:**

La anamnesis practicada al afiliado obligado, tanto en ocasión de su ingreso al sistema, como en el examen exigido para el cambio de categoría de Plan Básico a Plan Pleno, revisará para el mismo calidad de Declaración Jurada acerca de los datos proporcionados al facultativo actuante, y en tal carácter deberá ser suscripta por el propio afiliado. Para el supuesto de que éste hubiere incurrido en reticencia al proporcionar los datos necesarios para su confección, que resulte de la recidiva de afecciones anteriores no denunciadas en los exámenes, y/o cualquier otro tipo de manifestación de enfermedades no denunciadas, ello eximirá a Co.Me.l. de su obligación asistencial respecto de tal afección, cualquiera sea el plan en el que hubiere ingresado el afiliado, y para el supuesto de cambio de categoría de Plan Básico a Plan Pleno, al cual y al solo efecto de la misma, se considera retrotraído al afiliado reticente.-

DTO.	NÚMERO DE CONTROL	ORDEN

  

FECHA DE ENTRADA	NÚMERO DE AFILIADO

  

OF. R.	CÓDIGO	T. F.
0 8	A L J	

Sello entrada DELEGACIÓN