

EJEMPLO 1



Atención Primaria

Comunidad de Madrid

Salud Pública

INFORME DE SALUD

Clasificación
Dra. [Nombre]
Col. [Número]

322 (2016)

Castilla

DATOS DEL CENTRO:

C.S. [Nombre]
CALLE DE [Nombre]

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: [Nombre]
Apellidos: [Apellidos]

Edad: 1 años

Nº Seg. Social: [Número]

C.I.P. [Número]

ANTECEDENTES PERSONALES

Alergias:

Antecedentes Médicos:

Antecedentes Quirúrgicos:

PROBLEMAS DE SALUD ACTUALES (con la fecha estimada de inicio)

[Empty box for current health problems]

TRATAMIENTOS (mantenidos en los últimos 3 meses y fecha de inicio de prescripción)

OBSERVACIONES (Hágase constar la situación clínica actual y las necesidades de cuidados y seguimiento si se requiere)

Niña sana sin enfermedad infectocontagiosa en la actualidad Cumple correctamente el calendario vacunal de CAM

Madrid a

31 mayo 2016

Firmado:

Dra. [Firma]

Nº de colegiado:

Este informe está basado en la Historia Clínica existente en su Centro de Salud.

Los datos sanitarios que contiene son de especial protección y tienen como único destinatario la persona solicitante.

El uso de los mismos y su entrega a terceros quedan bajo la estricta responsabilidad del destinatario (paciente o su representante legal).

EJEMPLO 2



Servicio Madrileño de Salud
Dirección General de
Atención Primaria

Comunidad de Madrid

C.S. _____
SECT _____,
Tfno: _____ Madrid.



D./Dña. _____ de _____ meses y _____ días
de edad, está correctamente vacunado según el calendario vigente en ésta Comunidad, y
no presenta en la actualidad ninguna enfermedad que contraindique viajes.

Madrid, a 23 mayo 2016.

Firmado: Dr./Dña. Dr/a _____
N.º _____
N.º colegiado _____