



**INFORME CLÍNICO A CUMPLIMENTAR POR EL FACULTATIVO MÉDICO PARA
MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS SOMETIDOS A VISADO DE INSPECCIÓN.**

1. FILIACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE _____
PRIMER APELLIDO _____
SEGUNDO APELLIDO _____
NÚM. AFILIACIÓN _____

2. PRUEBAS DIAGNOSTICAS REALIZADAS Y FECHA DE LAS MISMAS

FECHA	PRUEBAS DIAGNÓSTICAS
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

3. DIAGNÓSTICO

4. TRATAMIENTO

MEDICACIÓN _____
POSOLOGÍA _____
DURACIÓN DEL TT.º _____
FECHA PRÓXIMA REVISIÓN (*) _____

5. SELLO Y FIRMA DEL ESPECIALISTA

APELLIDO Y NOMBRE _____
NÚMERO DE COLEGIADO _____
CIAS _____

6. FECHA DEL INFORME

(*) **NOTA:** El informe deberá ser sustituido por otro, en la fecha que se corresponde con la próxima revisión, indicada por el propio especialista. En cualquier caso la validez de los informes no será superior a 1 AÑO. La Inspección Médica, podrá solicitar del facultativo la ampliación de los datos diagnósticos, contenidos en el informe.