

Programa de discapacidad
Documentación General

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA - FORMULARIO 4

Fecha: ____ / ____ / ____
(La fecha de emisión debe ser anterior al periodo solicitado)

Apellido y nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Titular ☐ Cónyuge ☐ Concubino/a ☐ Hijo/a ☐ Otro ☐

Indicar género según su DNI: F ☐ M ☐ X (no binario) ☐

Diagnóstico de la patología discapacitante:

Indicar todas las terapias que se solicitarán para plan anual:

Indicar resumen del paciente:

Justificación de los tratamientos y prestaciones solicitadas:

Firma y sello del Médico tratante

*Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.