

## Programa de discapacidad Documentación General

### RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA - FORMULARIO 4

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*(La fecha de emisión debe ser anterior  
al período 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 incapacitante:

---

---

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.