

Programa de discapacidad  
**Documentación General**

**RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA - DATOS DEL BENEFICIARIO - FORMULARIO 2**

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

*(La fecha de emisión debe ser anterior  
al período solicitado)*

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_ N° de Beneficiario: \_\_\_\_\_

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 resumen del paciente

---

---

---

---

Justificación de los tratamientos

---

---

---

---

Indicar todas las terapias que se solicitarán para plan anual

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico/a tratante