

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