

||||||||||||||||||

**PROGRAMA DE DISCAPACIDAD -
PRESTACIONES ASISTENCIALES**

Fecha: ____ / ____ / ____

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Apellido y Nombre: _____

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

Obra social: _____ Sexo: F / M

Categoría (marcar con una cruz el que corresponda):

Titular Cónyuge Concubino/a Hijo/a Otro Diagnóstico (según indica certificado único de Discapacidad):

_____Antecedentes completos de intervenciones terapéuticas y/o educativas:

_____Medicación indicada:

_____Parámetros funcionales actuales:

_____Evolución del cuadro clínico de base en el último año (fisiátrico - psiquiátrico):

Firma y sello del médico tratante:_____