

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: \_\_\_\_\_