

## PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

### RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA – FORMULARIO 03

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

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 *(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/a tratante