

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - DOCUMENTACIÓN GENERAL

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: _____