

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y nombre: _____

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

Categoría: *(marcar con una cruz el que corresponda. Si es VOLUNTARIO, sólo tildar la opción. Si es OBLIGATORIO, mencionar la OBRA SOCIAL.)*

Voluntario: Obligatorio: Obra social *(mencionar el nombre de la obra social)*: _____

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