

# PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA – FORMULARIO 02

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