

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