

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA – FORMULARIO 04

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 tratante