

## Programa de Discapacidad – Documentación General

## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Obra social: \_\_\_\_\_ Género: F M X

Categoría (marcar con una cruz el que corresponda. Si es VOLUNTARIO, solo 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