

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