

# 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 de médico/a tratante