

## 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