

Resumen de Historia Clínica

DISCAPACIDAD 016

Completar todos los campos del Formulario

Lugar _____ Fecha _____

Datos del Paciente

Apellido y nombre _____

CUIL _____ DNI _____

Diagnóstico

(Como indica el Certificado Único de Discapacidad)

Antecedentes completo de intervenciones Terapéuticas y/o Educativas

Parámetros funcionales actuales

Evolución del cuadro clínico de base (Fisiátrico Psiquiátrico) en el último año

Firma y sello
del Médico