

ANEXO X

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Nombre y apellido: _____

Domicilio: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Documento tipo y número: _____ N° de beneficiario: _____

Nacionalidad: _____ Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o
encargado _____

e-mail: _____ teléfono: _____

Diagnóstico:

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF

Antecedentes significativos, evolución y estado actual:

Plan terapéutico indicado: (Módulos y detalle de las prestaciones solicitadas con indicación de prestador individual o institución que llevara adelante el tratamiento):

- _____
- _____

- _____
- _____
- _____

Razón social:

- _____
- _____
- _____
- _____

Domicilio/s de atención:

- _____
- _____
- _____
- _____

Modalidad de concurrencia:

(días, horarios, modalidad de asistencia-jornada simple o doble-).

- _____
- _____
- _____
- _____

Para las modalidades de integración escolar se deberá especificar:

Nombre completo institución educativa común: _____

Domicilio de la institución: _____

En el caso de transporte completar la siguiente información:

Traslado: SI / NO

Origen:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Destino:

- _____
- _____
- OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF
- _____

Tratamiento o especialidad de la prestación brindada en el destino del viaje:

- _____
- _____
- _____
- _____

Kilómetros recorridos por viaje:

- _____
- _____
- _____
- _____

Kilómetros totales mensuales: _____

Dependencia: si no (**tachar lo que no corresponda**)

Justificación clínica de la dependencia: (especificando puntaje en escala FIM).



Año: _____ **Firma y sello del médico tratante** _____