

## RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

LUGAR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

TELEFONO DE CONTACTO \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO TIPO Y NÚMERO \_\_\_\_\_

### 1. DIAGNÓSTICO (SEGÚN CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD)

\_\_\_\_\_

### 2. ANAMNESIS (ANTECEDENTES MEDICOS CLINICOS QUE JUSTIFICAN LA PRESTACION)

\_\_\_\_\_

### 3. PLAN TERAPÉUTICO INDICADO y JUSTIFICACIÓN DEL MISMO (Módulos y detalle de las prestaciones solicitadas)

\_\_\_\_\_

4. DEPENDENCIA      SI      NO      (tachar lo que no corresponda)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO