

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