

## RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

LUGAR:	FECHA:	
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>		
NOMBRE Y APELLIDO:	DNI:	
DOMICILIO:		
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD	SEXO
TELEFONO DE CONTACTO:	EMAIL:	

**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)

<b>4. DEPENDENCIA</b>	SI	NO	(tachar lo que no corresponda)
-----------------------	----	----	--------------------------------

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