

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

LUGAR:			FECHA:		
DATOS DEL PACIENTE					
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)

--

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

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO