

FORMULARIO RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

A completar por el Médico Especialista.

FECHA

Debe ser anterior al inicio del tratamiento.

Datos del Beneficiario

Apellido y Nombre

Documento: Tipo

Nº

Diagnóstico de la Patología Discapacitante

Edad

Sexo

Evolución del Cuadro Clínico de Base

Indicar parámetros funcionales actuales (mentales-motores-sensoriales).

Antecedentes de Tratamientos Terapéuticos y/o Intervenciones Educativas

Objetivos de los tratamientos prescritos

Prestaciones que recibe actualmente

Firma (puño y letra) del médico tratante

Sello del médico tratando