

OSPACA

Obra Social del Personal del

AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO

R.N.O.S. 1-0160-4

Última oct: septiembre 2025

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 prescriptos

Prestaciones que recibe actualmente

Firma (puño y letra) del médico tratante

Sello del médico tratando