



RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Nombres:		Apellidos:	
Nacionalidad:		DNI N°:	
Fecha de nacimiento: / /		Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Beneficiario N°:		Tipo de beneficiario:	
Domicilio:			CP:
Localidad:		Provincia:	
Teléfono: ()		E-mail:	
Nombres y Apellidos (madre/padre/tutor):			
Diagnóstico:			
Antecedentes: _____ _____			
Estado actual: _____ _____			
Dependencia: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Puntaje en escala FIM:			
Plan terapéutico indicado (detallando cantidad de sesiones de cada especialidad y/o modalidad de la prestación): _____ _____			
Período (año calendario):			
Fecha: _____ / _____ / _____			
..... Firma y sello de médico tratante			