Fecha

Debe ser anterior al inicio del tratamiento.

Resumen de Historia Clínica

Paciente:_____ DNI: _____

Diagnóstico:

_____

_____

_____

Antecedentes de salud:

_____

_____

_____

_____

Antecedentes educativos/ terapéuticos/laborales/etc.:

_____

_____

_____

_____

Evolución del ultimo año de tratamiento:

_____

_____

_____

_____

Estado actual:

Medicación:

Plan terapéutico:

Se deberá incluir el detalle completo de todas las prestaciones indicadas en el plan terapéutico correspondiente al año en curso, especificando: tipo de prestación, cantidad de sesiones semanales, tipo de jornada según corresponda y período de realización.

. . . . . .

Firma y sello del profesional tratante

. . . . . .

Firma y sello del/la médico/a auditor/a tratante