OSPIA — OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DE LA ALIMENTACIÓN

SISTEMA MECANISMO DE INTEGRACIÓN — ÁREA DISCAPACIDAD

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA OBLIGATORIA (AÑO PRESTACIONAL 2027)

Apellido y Nombre:
.....

Fecha: ..... / ..... / 2027

Fecha de Nacimiento: ..... / ..... / ..... **Edad:** ..... años

DNI N°: .....

1. DIAGNÓSTICO / CAPACIDAD FUNCIONAL

(Detallar minuciosamente el compromiso de origen sensorial, mental, intelectual y/o motor)

2. ANTECEDENTES SIGNIFICATIVOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

(Resumen de hitos médicos, intervenciones previas o comorbilidades de relevancia)

3. DATOS SIGNIFICATIVOS DEL EXAMEN CLÍNICO - EVOLUCIÓN DEL ÚLTIMO AÑO VIGENTE

(Justificación técnica del estado actual del paciente que fundamenta la necesidad de las prestaciones)

4. VALORACIÓN ESCALA FIM (FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE) / PUNTAJE TOTAL

(Completar con carácter obligatorio solo si corresponde para solicitudes de Transporte o Módulos con Dependencia)

.....
Firma y Sello del Médico Tratante
Matrícula y Especialidad

Fecha de Emisión: ..... / ..... / 2027