CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-0020
2027

Resumen de Historia Clínica

Completar todos los campos del Formulario

Lugar ..... Fecha

Datos del Paciente

Apellido y Nombre ..... DNI

N° Beneficiario de Osplad (Es el número de CUIL)

1 Diagnóstico

(Como indica el Certificado Único de Discapacidad)

2 Antecedentes completos de intervenciones Terapéuticas y/o Educativas

3 Parámetros funcionales actuales

4 Evolución del cuadro clínico de base (Fisiátrico Psiquiátrico) en el último año

Firma y Sello del Médico