RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Apellido y nombre: _____ DNI: _____

Fecha de nacimiento: _____/ _____/ _____ Edad: _____ N.° de credencial: 800006 _____ ___ _____

Domicilio: _____

Apellido y nombre del familiar responsable / tutor: _____

1. Diagnóstico / Capacidad Funcional (sensorial, mental, motora).

2. Antecedentes significativos de la Historia Clínica.

3. Datos significativos del Examen Clínico / Evolución del paciente en el último año.

4. Prestaciones que recibe actualmente.

5. Valoración por escala FIM / Puntaje total (Completar ficha en caso de corresponder).

En relación a alimentación/vestido/limpieza:

☐ Dependiente ☐ Autovalido

_____ _____

Fecha Firma y sello del profesional