



RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Nombre y Apellido del Beneficiario: _____

N.º de Afiliado: _____ **D.N.I.:** _____ **Edad:** _____

Diagnostico (según indica CUD)* : _____

Medicación indicada*: _____

Antecedentes completos de intervenciones terapéuticas y/o educativas*: _____

Parámetros actuales funcionales*: _____

Evolución del cuadro clínico de base en el último año (fisiátrico – psiquiátrico)*: _____

Fecha

Firma del Médico/a Tratante

*Todos los campos son obligatorios.