

**Resumen de  
Historia Clínica**

**Completar todos los campos del Formulario**

Lugar ..... Fecha

**Datos del Paciente**

Apellido y Nombre ..... DNI

Obra Social .....

**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