

ANEXO 1

HISTORIA CLÍNICA

Apellido y Nombre: Fecha de Nacimiento:

Documento (tipo y número): Edad: Sexo:

CUIL del Beneficiario:/...../..... N° de Beneficiario:

Nacionalidad:

Nombre y Apellido de la madre, padre, tutor o encargado:

Diagnóstico:

.....

.....

Plan terapéutico indicado (módulos y detalle de las prestaciones solicitadas con indicación de prestador individual o institución que llevará adelante el tratamiento):

.....

.....

Razón social:

Domicilio de atención:

Modalidad de concurrencia (días, horarios, modalidad de asistencia; jornada simple o doble):

.....

EN CASO DE MODALIDADES DE INTEGRACIÓN

Nombre de la Institución educativa común:

Domicilio de la Institución:

TRASLADOS

Origen:Destino:.....

Tratamiento/especialidad de la prestación brindada en el destino del viaje:.....

.....

Km recorridos por viaje:

Km totales mensuales:

Dependencia: SI NO (tachar lo que no corresponda)

Justificación clínica de la dependencia (especificando puntaje en escala FIM):

.....

Semestre: 1º 2º (tachar lo que no corresponda)

Firma y Sello
médico tratante: