

ANEXO 2

INFORME MÉDICO

Apellido y Nombre: Fecha:/...../.....

Fecha de Nacimiento: Edad:

Red Prestadora:

DNI de Beneficiario:

CUIL del Beneficiario:/...../.....

Diagnóstico/Capacidad funcional (sensorial, mental, motora):

.....
.....
.....
.....

Antecedentes Significativos:

.....
.....
.....
.....

Evolución del paciente en el último año:

.....
.....
.....
.....

Medicación Actual (Dosis/ Diaria):

.....
.....
.....

En relación a Alimentación/Vestido/Limpieza:

..... . Dependiente Autoválido

**Firma y Sello
médico tratante:**

Fecha:/...../.....