

ANEXO 3 - RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

A Completar por el Médico Tratante

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

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Apellidos y Nombres

DNI: Fecha de Nacimiento: Edad:

Domicilio:

Localidad: Provincia:

DIAGNÓSTICO SEGÚN CUD/ CLÍNICO CON TIPO DE DISCAPACIDAD FUNCIONAL

ANTECEDENTES SIGNIFICATIVOS

Indicar parámetros funcionales actuales (mentales - motores - sensoriales - viscerales).

MEDICACIÓN ACTUAL/ DOSIS DIARIA

**Firma y Sello
del médico:**