

ANEXO 3 - RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

A Completar por el Médico Tratante

1 de 2

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: _____

Mail: _____ Telefono: _____

DEL MEDICO TRATANTE

Medico tratante: _____

Especialidad: _____ Matricula Nac. N° _____ Matricula Prov. N° _____

Lugar de atención: _____

Indicar el Nombre de la Institución donde atiende al paciente o si es consultorio

Días y horarios en dicho lugar: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfonos de Contacto: _____

Correo electrónico: _____

DIAGNÓSTICO / PATOLOGÍA /

Firma y Sello del médico Tratante:

ANEXO 3 - RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

A Completar por el Médico Tratante

2 de 2

Fecha: ____/____/____

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

ANTECEDENTES SIGNIFICATIVOS - INTERNACIONES - ENFERMEDADES - CIRUGIAS - ALERGIAS, ETC.
Indicar parámetros funcionales actuales (mentales - motores - sensoriales - viscerales).

TRATAMIENTO / MEDICACIÓN y DOSIS

EVOLUCION

Firma y Sello del médico Tratante: