



RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

FORMULARIO 8.1

Nombres:		Apellidos:	
Beneficiario N°:		DNI	
Fecha de nacimiento: / /		Edad:	Sexo: F M
Diagnóstico (según indica certificado):			
Antecedentes:			
Estado actual:			
Dependencia: SI NO			
Puntaje en escala FIM:			
Plan terapéutico indicado (detallando cantidad de sesiones de cada especialidad y/o modalidad de la prestación): _____ _____ _____ _____			
Período (año calendario):			
Fecha: ____/____/____			
_____ Firma y sello de médico tratante			