RESUMEN DE HISTORIA CLININCA

LUGAR:	FECHA:	
DATOS DEL PACIENTE		
NOMBRE Y APELLIDO:		
BENEFICIARIO N°:	DNI	
FECHA DE NACIMIENTO: / /	EDAD:	SEXO:
1. DIAGNÓSTICO (SEGÚN CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD)		
2. ANTECEDES MEDICOS CLÍNICOS QUE JUSTIFICAN LA PRESTACIÓN		
3. DEPENDENCIA: SI NO		
4. PUNTAJE EN ESCALA FIM:		
5. PLAN TERAPÉUTICO INDICADO Y JUSTIFICACIÓN DEL MISMO (DETALLE DE PRESTACIONES SOLICITADAS)		
6. PERÍODO		
DESDE	HASTA	

_____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO