

**Resumen de
Historia Clínica**

Completar todos los campos del Formulario

Lugar Fecha

Datos del Paciente

Apellido y Nombre DNI

N° Beneficiario de Osplad (Es el número de CUIL)

1 Diagnóstico

(Como indica el Certificado Único de Discapacidad)

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

2 Antecedentes completos de intervenciones Terapéuticas y/o Educativas

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

3 Parámetros funcionales actuales

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

4 Evolución del cuadro clínico de base (Fisiátrico Psiquiátrico) en el último año

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

Firma y Sello
del Médico