

## 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