

## FORMULARIO RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

*A completar por el Médico Especialista.*

FECHA

*Debe ser anterior al inicio del tratamiento.*

### Datos del Beneficiario

Apellido y Nombre

Documento: Tipo

N°

Edad

Sexo

### Diagnóstico de la Patología Discapacitante

### Evolución del Cuadro Clínico de Base

*Indicar parámetros funcionales actuales (mentales-motores-sensoriales).*

### Antecedentes de Tratamientos Terapéuticos y/o Intervenciones Educativas

### Objetivos de los tratamientos prescriptos

.....  
Firma y sello del  
médico tratante



Una Decisión **Saludable.**