

FORMULARIO HISTORIA CLÍNICA



Lugar, _____ Fecha ____ / ____ / ____

Nombre y apellido del/la paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ años DNI: _____

Número de credencial de prestadora, en este caso, Medicard N° _____

Diagnóstico (Según CUD)

Patologías asociadas a la discapacidad

Antecedentes de intervenciones terapéuticas/educativas/quirúrgicas

Parámetros funcionales actuales

Evolución durante el último periodo

Observaciones generales

Firma y sello del/la Profesional

Teléfono de contacto: _____