FORMULARIO RESUMEN DE HISTORIA CLINICA 2025

A completar por Médico Especialista

FECHA:_____/____/_____

*Debe ser **anterior** al inicio del tratamiento*

DATOS DEL ASOCIADO:

*Apellido y Nombre:*_____

*Nº de Asociado:*_____

*Documento: Tipo:*_____*Nº:*_____*Edad:*_____*Sexo:* _____

DIAGNÓSITCO DE LA PATALOGÍA DISCAPACITANTE:

_____

_____

_____

EVOLUCIÓN DEL CUADRO CLÍNICO DE BASE:

Indicar parámetros funcionales actuales (mentales-motores-sensoriales)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ANTECEDENTES DE TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS Y/O INTERVENCIONES EDUCATIVAS:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO