

Fecha: __ __ / __ __ / 20 __ __ .

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Nombre y apellido del paciente:

_____.

DNI del paciente: _____.

Nombre y apellido del/la titular:

_____.

DNI del/la titular: _____.

Entidad a quién corresponde: _____.

Diagnóstico:

_____.

Diagnóstico del CUD:

_____.

Antecedentes de salud:

_____.

Breve evolución integral de la condición de salud del/la paciente (en caso de recibir prestaciones de apoyo actualmente, indicar su evolución):

_____.

Dependencia (*tachar lo que **NO** corresponda*):

☐ SÍ

☐ NO

En caso de solicitar dependencia, justificar:

_____.

En caso de solicitar dependencia para una prestación, debe adjuntar tabla FIM completa por médico con especialidad inherente al diagnóstico del CUD y/o terapeuta ocupacional.

La dependencia podrá solicitarse partir de los 6 años de edad y para las siguientes prestaciones: Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico o Transporte.

Firma y sello del médico tratante