



RESUMEN DE HISTORIA CLINICA DISCAPACIDAD

Nombre y Apellido:			
Edad:		Fecha de nacimiento:	
DNI:		N° Beneficiario:	
Domicilio:			
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
Nombre y Apellido: (Madre, Padre, Tutor o Encargado)			
Asistencia Escolar:		(Si) Educación Inicial <input type="checkbox"/> Escuela Común <input type="checkbox"/>	
		(NO) EGB <input type="checkbox"/> Escuela Especial <input type="checkbox"/>	
CET:		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Centro de Día:		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Dependencia:		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
(Si es dependiente adjuntar planilla FIM.)			

Diagnóstico:

Antecedentes:

Enfermedad Actual:

Tratamiento Actual: (Incluyendo módulos o prestaciones en curso con frecuencia semanal)

1- _____	6- _____
2- _____	7- _____
3- _____	8- _____
4- _____	9- _____
5- _____	10- _____

Fecha: / /

Firma y Sello