ANEXO I – RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA 2027

IMPORTANTE: la documentación deberá ser firmada en forma ológrafa (manuscrita) únicamente. Resol. 1743/24 SSSalud.

COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS

Fecha: ____ /____ /____
Apellido y nombre del beneficiario/a: _____
Fecha de nacimiento: _____
Edad: _____
DNI: _____
Domicilio: _____
Apellido y nombre de la madre, padre, tutor/a: _____

Diagnóstico / Capacidad Funcional (sensorial, mental, motora): **(*)** **Campo Obligatorio**
_____
_____
_____
_____

Antecedentes significativos de la Historia Clínica: **Campo Obligatorio**
_____
_____
_____
_____

Datos significativos del Examen Clínico / Evolución del/a paciente el último año: **Campo Obligatorio**
_____
_____
_____
_____

Valoración por escala FIM / Puntaje total (completar ficha) - *Sólo en caso de dependencia* - **Campo Obligatorio**
_____
_____
_____
_____

Prestaciones que recibe actualmente: **Campo Obligatorio**
_____
_____

En relación a la alimentación / vestido / limpieza, la persona es:_____
☐ Dependiente ☐ Autoválido

Fecha: ____ /____ /____ Firma del/a Profesional:_____
Aclaración: _____
Sello: _____
Teléfono e E-Mail de contacto del/la profesional o del Consultorio:
_____

No foto de la firma.

(*) Ampliar el diagnóstico que figura en el CUD. No transcribir el mismo ya ingresado.
.