

Resumen de historia clínica

Datos del Paciente

Nombre y apellido: _____

Domicilio: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Documento tipo y número: _____

Nº de beneficiario: _____ Nacionalidad: _____

Diagnóstico: _____

Plan terapéutico indicado (Módulos y detalle de las prestaciones solicitadas con indicación de prestador individual o institución que llevara adelante el tratamiento):

Razón social: _____

Domicilio de atención: _____

Modalidad de concurrencia (días, horarios, modalidad de asistencia: jornada simple o doble):

Para las modalidades de integración se deberá especificar:

Nombre completo institución educativa común: _____

Domicilio de la institución: _____

Traslado: _____

Origen: _____

Destino: _____

Tratamiento o especialidad de la prestación brindada en el destino del viaje:

Kilómetros recorridos por viaje: _____

Kilómetros totales mensuales: _____

Dependencia (tachar lo que no corresponda): SI NO

Justificación clínica de la dependencia: (especificando puntaje en escala FIM): _____

Semestre (tachar lo que no corresponda): 1º 2º AÑO: _____

FIRMA MEDICO TRATANTE

FIRMA AUDITOR MEDICO