

## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

### Datos del Paciente

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Documento Tipo y Numero: \_\_\_\_\_

Nro. De Beneficiario: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Diagnostico: \_\_\_\_\_

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

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: \_\_\_\_\_

Trata miento 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 FI M): \_\_\_\_\_

Semestre (tachar lo que no corresponda): 1 2 A Ñ O: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA MEDICO TRATANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA AUDITOR MEDICO