

Resumen de Historia Clínica

Estimado profesional el presente formulario reviste la calidad de resumen de historia clínica, como tal deberá ser completada íntegramente por Ud. y ante la necesidad de un cambio de tinta o realización de una enmienda la misma deberá ser salvada con su firma y sello.

Datos del Paciente:

Apellido y Nombre: _____

D.N.I.: _____ Afiliado N° _____

Titular: ___ Familiar ___ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Sexo: F ___ M ___ Edad: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ CP: _____ Tel: _____

Diagnóstico: _____

CIE X: _____

DSM IV: _____

**Consignar los Ejes.*

Valoración del nivel de dependencia del paciente mediante escala (FIM) : _____

Indicar antecedentes de la enfermedad, estado actual, detallando estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades:

Datos del Médico Tratante:

Apellido y Nombre: _____

Matricula: M.P.: _____ M.N.: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

E-mail de contacto del Profesional: _____

Fecha: ___/___/___ _____

Firma y sello del Profesional