

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Apellido y Nombre:	Fecha:
Fecha de nacimiento:	Edad:
DNI:	N° de Afiliado:
Domicilio:	
Apellido y nombre del familiar y/o tutor a cargo:	
Teléfono de contacto:	
1 - Diagnóstico/ Capacidad funcional (sensorial, mental, motora)	
2 - Antecedentes Significativos de la historia clínica	
3 – Datos significativos del examen clínico/ evolución del paciente en el último año y estado actual	
4- Valoración por Escala FIM (<i>Completar Ficha si corresponde</i>)	
Puntaje total:	
5- En relación a alimentación/ vestido/ limpieza/movilidad	
Dependiente <input type="checkbox"/>	
Autoválido <input type="checkbox"/>	
Fecha: / /	
Firma y sello Médico	Aclaración