

Beneficiario -----DNI-----

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes Personales: -----

Estado Actual :-----

Diagnóstico Etiológico: -----

Medicación Actual:-----

Diagnóstico funcional (Mental, motriz, sensorial): -----

Opinión acerca de las medidas terapéuticas y de apoyo necesarias:-----

Modalidad Indicada: [] **MRI** (*Módulo Rehabilitación Intensivo*) - [] **MRS** (*Módulo Rehabilitación Simple*)

Tiempo indicado: [] 6 Meses - [] 12 Meses

Fecha: -----

Firma y sello original Médico