

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

FECHA: / / 20.....

APELLIDO Y NOMBRE:.....

FECHA DE NACIMIENTO: / /

EDAD:

DIAGNÓSTICO:.....

.....

- ANTECEDENTES Y DATOS POSITIVOS DEL EXAMEN CLÍNICO:

.....

.....

.....

.....

- DIAGNÓSTICO/ CAPACIDAD FUNCIONAL (SENSORIAL – MENTAL – MOTORA – VISCERAL)

.....

.....

.....

.....

- EVOLUCIÓN DEL PACIENTE EN EL ÚLTIMO AÑO:

.....

.....

.....

.....

- EN RELACIÓN A LA ALIMENTACIÓN/VESTIDO/LIMPIEZA (Autonomía/dependencia en cada una de ellas):

.....

.....

.....

- PRESCRIPCIÓN MÉDICA DE LAS PRESTACIONES REQUERIDAS

PRESTACIÓN SOLICITADA:

.....

FRECUENCIA:.....

PERIODO SOLICITADO: DESDE EL MES DE HASTA EL MES DE.....20.....

TRANSPORTE: SI NO

JUSTIFICACIÓN EN CASO DE SOLICITAR TRANSPORTE (INDISPENSABLE):

.....

.....

.....

.....
FIRMA Y SELLO DEL/A MÉDICO/A