Resumen de Historia Clínica 2027

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