

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Fecha: _____

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Diag. Según CUD: _____

DESCRIPCIÓN INTEGRAL DE LA CONDICIÓN DE SALUD DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD Y DE LAS PRESTACIONES QUE RECIBE ACTUALMENTE

FIRMA Y SELLO MEDICO