

# RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido de la madre, padre, tutor/a:

Diagnóstico/Capacidad Funcional (sensorial, mental, motora).

---

---

---

---

Antecedentes significativos de la Historia Clínica.

---

---

---

---

Datos significativos del Examen Clínico / Evolución del paciente en el último año.

---

---

---

---

Valoración por escala FIM / Puntaje total (completar ficha).

---

---

---

---

En Relación a alimentación / vestido / limpieza: \_\_\_\_\_

Dependiente     Autovalido

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    Firma: \_\_\_\_\_    Sello: \_\_\_\_\_