

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: _____