

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Apellido y nombre: _____ Fecha: ____/____/____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ DNI: _____

Domicilio: _____

Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado: _____

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

2. Antecedentes significativos de la Historia Clínica.

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

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

En Relación a alimentación / vestido / limpieza:

Dependiente Autovalido

Fecha

Firma Medico

Sello

