



RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Apellido y nombre: _____

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

Diagnóstico/Capacidad Funcional (sensorial, mental, motora)

1. Antecedentes significativos de la Historia Clínica

2. Datos significativos del Examen Clínico + Prestaciones que recibe actualmente

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

En Relación a alimentación / vestido / limpieza:

☐ Dependiente ☐ Autoválido

Fecha

Firma

Sello Medico