

MODELO RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

(No será válido el Resumen que consista en una mera transcripción del Diagnóstico que figura en el CUD)

Fecha:

DATOS DEL AFILIADO

NOMBRE Y APELLIDO: _____

DNI: _____

DIAGNÓSTICO: _____

Antecedentes de Intervenciones Terapéuticas y/o Educativas: _____

Parámetros Funcionales Actuales: _____

Evolución del Cuadro de base el último año: _____

Justificación de los pedidos de Prestaciones: _____

DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE:

Firma:

Sello:

Atiende al Afiliado desde:

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD



discapacidad@osamoc.com.ar

5263-7008 Internos: 1088 / 1089 /1090