

# Resumen de Historia Clínica 2023

Estimado profesional el presente formulario reviste la calidad de resumen de historia clínica, como tal deberá ser completada íntegramente por Ud. y ante la necesidad de un cambio de tinta o realización de una enmienda la misma deberá ser salvada con su firma y sello.

## Datos del Paciente:

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_ Afiliado N° \_\_\_\_\_

Titular: \_\_\_ Familiar \_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: F\_\_\_ M\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

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

Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

CIE X: \_\_\_\_\_

DSM IV: \_\_\_\_\_

*\*Consignar los Ejes.*

**Valoración del nivel de dependencia del paciente mediante escala (FIM) :** \_\_\_\_\_

**Indicar antecedentes de la enfermedad, estado actual, detallando estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Datos del Médico Tratante:

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Matricula: M.P.: \_\_\_\_\_ M.N.: \_\_\_\_\_

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

E-mail de contacto del Profesional: \_\_\_\_\_

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

Firma y sello del Profesional