

Resumen de Historia Clínica

Completar todos los campos del formulario

Lugar	Fecha
-------	-------

Datos del paciente

Apellido y Nombre	N° de DNI	CUIL N°
-------------------	-----------	---------

Sexo (tilda lo que corresponda) Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad
---	---------------------	------	--------------

1- Diagnóstico (como indica el certificado único de discapacidad)

2- Antecedentes completos de intervenciones Terapéuticas y/o Educativas

3- Parámetros funcionales actuales

4- Evolución del cuadro clínico de base (Fisiátrico Psiquiátrico) en el último año

Matrícula	Nombre y apellido	Firma y sello del médico
-----------	-------------------	--------------------------

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.