

Formulario 008

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA - COMPLETAR ANEXO

Omint

(Completar todos los campos del formulario)

Lugar de emisión	Fecha
------------------	-------

Datos del paciente

Nombre y Apellido	N° DNI	CUIL N°	
Sexo (tildá 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 (Incluir mes/año de las intervenciones terapéuticas realizadas)

3- Prestaciones actuales solicitadas y justificación de los tratamientos

Firma y sello del médico (La firma deberá ser ológrafa. No se aceptaran imágenes)	Aclaración	Matrícula
--	------------	-----------

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° 23.326. La DIRECCION 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.

Formulario 008

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA - COMPLETAR ANEXO

Omint

(Completar todos los campos del formulario)

Lugar de emisión	Fecha
------------------	-------

Datos del paciente

Nombre y Apellido	N° DNI	CUIL N°	
Sexo (tildá lo que corresponda) Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento	Edad	Nacionalidad

4- Parámetros funcionales actuales

5- Evolución del cuadro clínico de base (Fisiátrico Psiquiátrico) en el último año (Incluir fechas)

6- Informe ampliado/ Otras consideraciones/comentarios

Firma y sello del médico <small>(La firma deberá ser ológrafa. No se aceptaran imágenes)</small>	Aclaración	Matrícula
---	------------	-----------