

**HISTORIA CLINICA.**

**AFILIADO o (en caso de Discapacidad con DISCAPACIDAD NATURAL o ADQUIRIDA).**

APELLIDO:

\_\_\_\_\_

NOMBRES:

\_\_\_\_\_

DNI:

\_\_\_\_\_

IPSM N° (CARNET):

\_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - EDAD: \_\_\_\_

DIAGNOSTICO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- **RESÚMEN HISTORIA CLÍNICA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- **EVOLUCIÓN**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---



---



---



---



---

**HISTORIA CLINICA**  
**AFILIADO con DISCAPACIDAD NATURAL o ADQUIRIDA**

• **PRESTACIONES DE REHABILITACION**

**PRESTACIONES DE REHABILITACION PSICOFISICAS SOLICITADAS.**

**(Consignar cantidad de sesiones semanales):**

ESTIMULACION TEMPRANA (Hasta 6 años)		Sesiones por semana
TERAPIA OCUPACIONAL		Sesiones por semana
KINESIOLOGIA		Sesiones por semana
FONOAUDIOLOGIA		Sesiones por semana
PSICOPEDAGOGIA		Sesiones por semana
PSICOLOGIA		Sesiones por semana
PSICOMOTRICIDAD		Sesiones por semana
HIDROTERAPIA		Sesiones por semana
MUSICOTERAPIA		Sesiones por semana
EQUINOTERAPIA		Sesiones por semana
Módulo de apoyo a la INTEGRACIÓN ESCOLAR		Horas semanales
ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO		Horas semanales
CUOTA ESCOLAR		
TRANSPORTE (únicamente en los casos que figure en el CUD en el apartado "Orientación Prestacional")		Kilómetros por semana

- Inclusión por hora: en los casos en que el beneficiario reciba apoyo parcial, el tope será de 30 horas reloj mensual.
- Inclusión por módulo completo: el apoyo a la inclusión educativa será por más de 30 horas mensuales.

**HISTORIA CLINICA**

**AFILIADO con DISCAPACIDAD NATURAL o ADQUIRIDA**

- **TRATAMIENTO (MEDICAMENTOS, COMPLEMENTOS y/o SUPLEMENTOS DIETARIOS y ELEMENTOS PROTESICOS y/u ORTESICOS)**

**MEDICACION**

**(Prescribir por Denominación Genérica Internacional – D.G.I)**

- \_\_\_\_\_ mg (cantidad de comprimidos, u otra presentación x mes)
- \_\_\_\_\_ mg (ídem)

**ELEMENTOS PROTESICOS y/u ORTESICOS**

- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

(Lugar y Fecha)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Profesional

**Observación:** La planilla de HISTORIA CLÍNICA tiene validez por 1 (un) año a partir de la fecha de Emisión por el Médico.