TRÁMITES OFICIALES-DISCAPACIDAD

TELÉFONOS: 4011-5100 - INTERNO: 129/130

O. S. C. T. C. P.
Moreno 3037
Capital Federal
Reg. INOS 1-2160

Form /2021

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

(COMPLETAR TODOS LOS CASILLEROS)

APELLIDO Y NOMBRE:

TIPO Y Nº DE DOC. :

Nº DE AFILIADO:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

DIAGNÓSTICO:

TIPO DE DISCAPACIDAD:

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR: Estado actual del beneficiario- Antecedentes – Medicación)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____

LUGAR Y FECHA (DÍA – MES- AÑO) FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL