



FECHA: \_\_\_\_\_

**RESUMEN DE HISTORIA CLINICA**

Paciente: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antecedentes de salud: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antecedentes educativos/terapéuticos/laborales/etc: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Evolución del último año de tratamiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Estado Actual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Plan terapéutico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma y Sello Del profesional tratante

Firma y Sello del médico auditor