

# TRÁMITES OFICIALES-DISCAPACIDAD

TELÉFONOS: 4011-5100 - INTERNO: 129/130



O. S. C. T. C. P.  
Moreno 3037  
Capital Federal  
Reg. INOS 1-2160  
Form /2024

## 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