

**RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA AMPLIATORIO PARA AUTORIZACIÓN DE
MEDICACION / PRESTACIONES MÉDICAS**

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre y Apellido.....

DNI.....

Fecha de la primera consulta médica y motivo de la misma ____ / ____ / ____.

Diagnóstico, sintomatología y tiempo de evolución de la patología:

.....

.....

.....

.....

.....

Antecedentes de la enfermedad actual y otras patologías referidas:

.....

.....

.....

Estudios complementarios realizados hasta el momento (aclarar fecha y resultados resumidos):

.....

.....

Medicación que recibe el paciente y tiempo de prescripción de la misma:

.....

.....

El paciente posee Certificado Único de Discapacidad*: NO SÍ.