4° HISTORIA CLÍNICA

Completa y firmada por el médico/a tratante.

Fecha: / /

Apellido y nombre del afiliado/a:	N° de afiliado/a:

DNI:	Fecha de nacimiento:	Edad:

Diagnóstico

Consignar el diagnóstico y describir la capacidad funcional de la persona (sensorial, mental, motora o el área que corresponda)

Antecedentes clínicos relevantes

Describir los antecedentes clínicos de mayor relevancia e indicar el esquema terapéutico y/o educativo recibido hasta la fecha.

Evolución clínica y estado actual

Describir la evolución durante el último año, considerando el esquema terapéutico recibido (o, cuando corresponda, la ausencia de tratamiento), así como el estado clínico actual.

Otra información clínica que resulte pertinente:

Firma *(manuscrita)* y sello del médico/a tratante

Aclaración