



# Secretaría Nacional de Discapacidad

DIRECCIÓN NACIONAL DE CERTIFICACIONES

## FORMULARIO DF-01

### RESUMEN DEL HISTORIAL CLÍNICO PARA PERSONAS CON CONDICIÓN DE SALUD DE ORIGEN FÍSICO O MOTOR

Este documento es de uso exclusivo para el proceso de Certificación de Discapacidad, deberá ser completado por médico tratante y con letra clara. El mismo tiene carácter de declaración jurada. La confidencialidad de la información responde a la Ley N° 68 de 20 de noviembre de 2003 "Que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada".

<b>Apellido y Nombre del paciente</b>	
<b>Cédula</b>	
<b>Edad:</b>	<b>Sexo:</b>

#### 1. Resumen de Historia Clínica: (Incluir tiempo de evolución)


#### 2. Escalas de Evaluación Clínica utilizadas: (detallar clase funcional)




# Secretaría Nacional de Discapacidad

DIRECCIÓN NACIONAL DE CERTIFICACIONES

### 3. Estudios diagnósticos realizados:


### 4. Diagnóstico CIE-10


### 5. Plan de Tratamiento: (Detalle tratamientos médicos, quirúrgicos y rehabilitatorios relevantes, Ayudas técnicas)


### 6. Pronóstico: (funcionalidad enfocada a su limitación, progresión)


\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Médico Tratante

\_\_\_\_\_  
Fecha: Día \_\_\_\_/Mes \_\_\_\_/Año \_\_\_\_