

PLAN DE ASISTENCIA INTEGRAL PARA LA DISCAPACIDAD NEUROLÓGICA

INGRESO _____ REINGRESO _____

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y nombre: _____ *Edad: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____/ *Documento N°: [][][][][][][][][] Sexo: ☐ M ☐ F

Domicilio/Localidad: _____ Afiliado OSEP N°: _____

Email: _____ Teléfono: _____

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Diagnóstico:

Fecha de Emisión: ____/____/____/ Fecha de vencimiento: ____/____/____/

DATOS ANTROPOMETRICOS

Peso: [] Talla: [] Edad: []

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS REFERIDOS AL TRATAMIENTO (SUJETO A VADEMÉCUM OSEP)

DROGA	DOSIS	MG-UI/DÍA

Médico especialista: _____ Matrícula: [] Firma y Sello: _____

Lugar: _____

Fecha: ____/____/____/

Firma y aclaración del afiliado



FORMULARIO QUE DEBE SER COMPLETADO 1 VEZ AL AÑO - REEMPLAZA A LA HISTORIA CLÍNICA. DEBE SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD