# 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: ___/___/_____/

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