

Estimado Profesional: En este documento se solicita una evaluación integral del estado actual del paciente. Es un requisito de presentación que se completen todos los campos especificados, con letra imprenta legible. Cualquier cambio de tinta, letra, corrección, enmienda, etc., deben ser salvados con firma y sello profesional.

DATOS IDENTIFICATORIOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre del Afiliado

Nº S.S. OSFATLyF

CUIL

Edad

DIAGNÓSTICO CUD

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Cómo describiría cronológicamente la aparición de síntomas, síndromes, patologías, etc., del paciente?

ESTADO ACTUAL Y EVOLUCIÓN DESDE SU ÚLTIMO CONTROL

Descripción integral y completa del estado actual del paciente (no se solicita la transcripción del diagnóstico).

¿Como describiría el estado actual e integral del paciente?

¿Tuvo cambios en su estado desde su último control? ¿Cuáles? Dar cuenta de ellos

EXAMEN FÍSICO

Responder todos los puntos solicitados para el examen, marcando con una X en el casillero correspondiente a cada ítem.

ESTADO NUTRICIONAL

Peso: **Talla:** **Es diabético/a:** SI NO
Estado nutricional: Acorde a edad y peso Sobrepeso Subpeso
Tipo de ingesta: Oral Gastrostomía Sonda NG

SISTEMA MUSCULO-ARTICULAR

Movimiento articular: Libre Limitado
Fuerza muscular: Normal Disminuida
Tono muscular: Normal Espástico Flácido

SISTEMA SENSORIAL

Visión: Normal Característica
Audición: Normal Característica

SISTEMA CARDIOLÓGICO

Cardiopatía congénita: Si No

SISTEMA RESPIRATORIO

Ruidos respiratorios: Normales Agregados
Saturación de oxígeno: Normal Disminuida

SISTEMA NERVIOSO

Marcha: Sin particularidades Característica
Motricidad: Normal Anormal
Motilidad: Voluntaria Involuntaria Limitada Temblores
Control esfínter vesical: Continente Incontinente
Control esfínter anal: Continente Incontinente
Lenguaje: Adquirido acorde a edad Alterado
Nivel de conciencia, orientación temporoespacial y persona:

JUSTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE TRATAMIENTO TERAPÉUTICO PARA DISCAPACIDAD

¿Cuál es el estado, síntoma o característica del paciente que requiere rehabilitación?

¿A través de que prestación abordará el tratamiento?

1)	<input type="text"/>	→	<input type="text"/>
2)	<input type="text"/>	→	<input type="text"/>
3)	<input type="text"/>	→	<input type="text"/>
4)	<input type="text"/>	→	<input type="text"/>
5)	<input type="text"/>	→	<input type="text"/>
6)	<input type="text"/>	→	<input type="text"/>
7)	<input type="text"/>	→	<input type="text"/>

En caso de ser necesario adjuntar hoja para completar la información requerida

Fecha (día, mes y año) anterior al inicio del período

Firma y sello del médico tratante