

**ANEXO 2**  
**RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA**

Nombre y Apellido: .....

Domicilio: .....

Fecha de nacimiento: ..... Edad: ..... Sexo:.....

Documento tipo y número: ..... Nº de Beneficiario: .....

Nacionalidad: .....

Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado:

.....

Teléfono de contacto: .....

Diagnóstico: .....

.....

.....

Plan terapéutico indicado: (Módulos y detalle de las prestaciones solicitadas con indicación del Prestador individual o institución que llevara adelante el tratamiento):

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
Firma y Sello del Médico Tratante