



RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA AMPLIATORIO PARA AUTORIZACIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

(Debe ser completado con letra clara y legible, y firmado por el profesional responsable de la atención médica del asociado).

Fecha:/...../.....

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre: Afiliado N°

.Fecha de la primera consulta médica y motivo de la misma (si el paciente le fue derivado en interconsulta dejar constancia de ello expresamente con fecha y nombre completo del:/...../.....

Diagnóstico, sintomatología y tiempo de evolución de la patología:

Antecedentes de la enfermedad actual y otras patologías referidas:

Estudios complementarios realizados hasta el momento (aclarar fecha y resultados resumidos):

Medicación que recibe el paciente y tiempo de prescripción de la misma:

El paciente posee Certificado Único de Discapacidad*: NO ☐ SÍ ☐

.....
Firma y Sello Profesional

Número de prestador si correspondiere:

Mail de contacto (excluyente):

Teléfono de contacto (excluyente):

Profesionales Médicos de SMMP podrán contarse con Ud. para requerir alguna aclaración sobre los datos vertidos en el presente formulario.

() Si la respuesta a la consigna si tiene Certificado Único de Discapacidad (C.U.D.) resultare ser afirmativa, el paciente o el familiar a cargo deberá adjuntar además los Informes de los Profesionales Tratantes según correspondan (Ej. Pediatría, Neurología Infantil, Otorrinolaringología, Fonoaudiología, Fisiatría, Psicopedagogía, etc.) y los Informes de Estudios Diagnósticos y Test Complementarios que debieron presentarse a las Autoridades Competentes del Ministerio de Salud para su evaluación en la Junta Médica correspondiente previo a la emisión del CUD.*

.....
Firma y DNI del Paciente o Familiar