





**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE PRESTACIÓN DE DISCAPACIDAD (continuación)**

**Beneficiario** -----

**b) HISTORIA CLÍNICA**

**Antecedentes Personales:** -----

-----  
-----  
-----

**Estado Actual :**-----

-----  
-----  
-----  
-----

**Diagnóstico:**-----

-----  
-----

**Medicación:**-----

-----  
-----

**Capacidad funcional (Mental, motriz, sensorial):** -----

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**Opinión acerca de las medidas terapéuticas y de apoyo necesarias:**-----

-----  
-----  
-----

**Fecha:** -----

**Firma y sello Médico tratante**



