



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

