



OSCRAIA

Obra Social de Conductores de Remises
Autos al Instante y Afines - RNOS 1-2680-9

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA (ANEXO 2)

APELLIDO Y NOMBRES:		NACIONALIDAD:	
DNI:	F.NACIMIENTO:	EDAD:	SEXO: M F
AFILIADO N° :		TIPO DE AFILIADO:	
DOMICILIO:			
LOCALIDAD:		C.P.	TEL.:
NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE, PADRE O TUTOR:			
DIAGNOSTICO:			
ANTECEDENTES:			
ESTADO ACTUAL			
dependencia (tachar lo que no corresponda):		SI	NO
puntaje en escala FIM			
PLAN TERAPEUTICO INDICADO (detallando cantidad de sesiones de cada especialidad y/o modalidad de la prestación)			
PERIODO (año calendario)			

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE:

Central: Cerrito 228, 1° Piso, "B", Ciudad Autónoma de Buenos Aires

TEL/FAX: 4381-2507/ 0800-999-1093

MECANISMO DE INTEGRACION: oscraia.discapacidad@gmail.com

FACTURACION MECANISMO DE INTEGRACION: oscraia.caba@gmail.com