

PRODISPER

Programa Discapacidad Permanente

Nombre y Apellido:

Edad:.....

N° de Documento: Tel:

Domicilio:

Localidad:Correo Electrónico:

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

.....

.....

.....

DIFERENCIAS ORGANICAS

.....

.....

.....

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: (Adjuntarlos a la Junta Médica)

DISCAPACIDADES	SI	NO	CLASIFICACION (Leve - Moderada - Severa)
MENTAL			
INTELLECTUAL			
MOVILIDAD			
POSTURA			
DESPLAZAMIENTO			
VISUAL			
AUDITIVO			
COMUNICACION			
CONDUCTUALES			

OTROS:
.....
.....
.....

ALTERACIONES ESFINTERIANAS

- ☐ Vesical
- ☐ Rectal
- ☐ Ambas

REHABILITACION PLAN TERAPEUTICO
.....
.....
.....

PERIODICIDAD SUGERIDA
.....

MEDICACION ESPECIFICA
.....
.....
.....

EVALUACION DE LA REHABILITACION EFECTUADA
.....
.....

ORIENTACION HACIA OTRAS PRESTACIONES TERAPEUTICAS
.....
.....
.....