

# FICHA MEDICA

**FECHA:** .....

Se solicita llenar esta ficha con letra de imprenta y se agradece aclaración de terminología médica.

**NOMBRE:** .....

**Fecha de Nac.:** .....

**TIPO DE DISCAPACIDAD:** \_\_\_\_\_

Exámenes realizados: (si se adjuntan estudios, los mismos deben estar escritos con letra de imprenta)

**PRONOSTICO:**

I) DURABILIDAD DE LA MISMA: (transitoria, permanente, etc.)

II) POSIBLE RECUPERACION: (en que medida y espacio de tiempo)

**TRATAMIENTO RECOMENDADO:** (especificar tratamiento con respecto a la recuperación; no limitarse a tratamiento de medicamentos exclusivamente)

OBSERVACIONES:

Firma del Profesional  
N° de Técnico:

Aclaración:

Especialidad:

Sello de la Institución: