



**II. ANTECEDENTES CLINICOS DISCAPACIDAD**  
 (Llenar por el médico tratante)

a) NATURALEZA CONGENITA	<input type="checkbox"/>	ADQUIRIDA	<input type="checkbox"/>
RECUPERABLE	<input type="checkbox"/>	NO RECUPERABLE	<input type="checkbox"/>
TRATAMIENTO PREVIO	<input type="checkbox"/>	SIN TRATAMIENTO	<input type="checkbox"/>

b) Actividades de la vida diaria:

ACTIVIDAD	INDEPENDIENTE	SEMI INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
Higiene Personal			
Alimentación			
Vestuario			
Traslado			
Actividades del Hogar			
Actividades Tiempo Libre			
Comunicación			

c) TIPO:

FISICA	<input type="checkbox"/>	MENTAL	<input type="checkbox"/>	PSIQUIATRICA	<input type="checkbox"/>
VISUAL	<input type="checkbox"/>	AUDITIVA	<input type="checkbox"/>	MULTIDEFICIT	<input type="checkbox"/>

d) Diagnóstico

e) PRONÓSTICO

DEBE SER REEVALUADO? SI  NO

FRECUENCIA \_\_\_\_\_

f) IDENTIFICACIÓN DEL MEDICO TRATANTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE
_____	_____	_____

C.I. \_\_\_\_\_ INSTITUCION \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

REGION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

FECHA: / / 200

\_\_\_\_\_  
 FIRMA Y TIMBRE DEL MEDICO