



Secretaría Nacional de Discapacidad

DIRECCIÓN NACIONAL DE CERTIFICACIONES

FORMULARIO DM-01

RESUMEN DEL HISTORIAL CLÍNICO PARA PERSONAS CON CONDICIÓN DE SALUD DE ORIGEN MENTAL

Este documento es de uso exclusivo para el proceso de Certificación de Discapacidad, deberá ser completado por médico tratante y con letra clara. El mismo tiene carácter de declaración jurada. La confidencialidad de la información responde a la Ley N° 68 de 20 de noviembre de 2003 “Que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada”.

Apellido y Nombre del paciente	
Cédula	
Edad:	Sexo:

1. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA: (Incluir tiempo de evolución)

2. CARACTERÍSTICAS CONDUCTUALES: (SOCIALES, LABORALES, ESCOLARES)



Secretaría Nacional de Discapacidad

DIRECCIÓN NACIONAL DE CERTIFICACIONES

3. ESTUDIOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS NECESARIOS PARA ELABORAR EL DIAGNÓSTICO.

(Laboratorios, Determinación CI, Evaluación Neurocognitiva, Neuro-imágenes, otros)

4. PLAN DE TRATAMIENTO: (FARMACOLÓGICO, PSICOTERAPÉUTICO, REHABILITATORIO)

5. DIAGNÓSTICO CIE 10 / DSM-5

Firma y sello del Médico Tratante

Fecha: Día ___/Mes ___/Año ___