

## ANEXO IV

Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turismo, Hoteleros  
y Gastronómicos de la República Argentina.  
Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA  
Sector DISCAPACIDAD: sur.disca@uthgra.org.ar  
Teléfonos: 4341-8090 Int.: 946-952

### Resumen de Historia Clínica

(Datos a completar por el Médico de Cabecera)

Apellido y Nombre:	Fecha:
Fecha de Nacimiento:	Edad:

Antecedentes clínicos en relación a la patología de base (CUD):

Diagnóstico/ Estado de las funciones (sensorial, mental, motora) al momento de la evaluación:

Evolución del paciente alcanzada con los tratamientos realizados:

En relación a:	Dependiente:	Autoválido:
* Alimentación	Dependiente:	Autoválido:
* Vestido	Dependiente:	Autoválido:
* Higiene	Dependiente:	Autoválido:

Pronóstico a corto y mediano plazo:

Firma, Aclaración y Sello del Médico tratante: