1. **DATOS DE FILIACION**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del usuario:** |  |
| **Fecha de nacimiento:** |  |
| **Edad:** |  |
| **Nombre del cuidador o representante legal** |  |
| **Fecha de evaluación:** |  |
| **Fuente de información:** |  |
| **Religión:** |  |
| **Grupo sanguíneo:** |  |
| **Discapacidad** |  |
| **Tipo de discapacidad:** |  |
| **Porcentaje de discapacidad:** |  |

.

1. **MOTIVO DE CONSULTA:**

**Solicitud de evaluación**

1. **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:**
2. **RESUMEN DE CASO**

Talla:

Peso :

IMC:

PC:52

Índice de barthel:

1. **DIAGNOSTICO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CIE10** | **DESCRIPCION** | **TIPO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **RECOMENDACIONES**