**

|  |  |
| --- | --- |
| *CONCEPTO MÉDICO DE REHABILITACIÓN* | *Versión: 5* |

**DATOS PERSONALES**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nombre y Apellidos*** |  |
| ***Identificación*** |  |
| ***Edad*** |  |
| ***Dirección física y electrónica*** |  |
| ***Ciudad*** |  |
| ***Ocupación*** |  |
| ***Fondo de Pensiones*** |  |

**DIAGNÓSTICO(S) Y SECUELAS:**

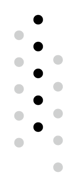
*Anotar el dx principal y todos las comorbilidades, condiciones crónicas y secuelas establecidas.*

--------------------------------------------------------------------------------------------------------

***ETIOLOGÍA PROBABLE****:*

---------------------------------------------------------------------------------------------------------

**RESUMEN DE LA HC:** **

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------

**TRATAMIENTO CONCLUIDO Y REHABILITACIÓN REALIZADA:**

*Tratamiento actual y posibilidades terapéuticas*

--------------------------------------------------------------------------------------------------------

***ESTADO ACTUAL****:*

------------------------------------------------------------------------------------------------------

**TERAPÉUTICA POSIBLE – PLAN DE REHABILITACIÓN:**

***POSIBILIDAD DE RECUPERACIÓN:***  marque con una X SI ( ) NO ( )

--------------------------------------------------------------------------------------------------------

***PRONÓSTICO A CORTO Y MEDIANO PLAZO:***

Definir un posible pronóstico marcando con una X de acuerdo a la posibilidad de rehabilitación y mejoría médica posible

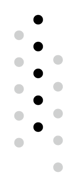
FAVORABLE ( ) DESFAVORABLE ( )

**

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*FIRMA MEDICO QUE EXPIDE*

*CC*

*Registro medico*

*Fecha del concepto:*