

Servicio Social



Ministerio de Desarrollo Social de la Nación

HISTORIA SOCIAL	FECHA:	
Establecimiento: (Municipio/Hospital/Unidad Sanitaria)		
DATOS DEL PACIENTE		
Apellido y Nombre:.....		
Lugar y Fecha de Nacimiento:.....		
DNI/CUIL:..... Estado Civil:.....		
Domicilio:.....		
Localidad:..... Provincia:.....		
Teléfonos:.....		
GRUPO FAMILIAR Y/O CONVIVIENTE		
Apellido y Nombre	Vinculo	Edad
SITUACION LABORAL		
SITUACION HABITACIONAL:		



Ministerio de Desarrollo Social de la Nación

SITUACION DE SALUD

Diagnostico medico:

RESEÑA DEL CASO:

Firma y sello de Trabajadora
Social Interviniente

Institución:

DIRECCION DE ASISTENCIA DIRECTA POR SITUACIONES ESPECIALES
AV. RIVADAVIA 870 PB- CAPITAL FEDERAL (CP 1002)
TEL: (011) 4121-4683 / 0800-333-2645 lunes a viernes de 08:00 a 14:00 hs