



Ministerio de Salud

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 Salud

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