

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: Antonella Florencio Solis
CUIT / CUIL: 1 1 Domicilio: Herrondario
Fecha de nacimiento: 23/06/2003 Edad: 22 Sexo: F Nacionalidad: Argentina
Documento tipo y número: DNI 44917311 N° de beneficiario:
Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado: Solis María
Diagnóstico: fenilcetonuria, epilepsia reproductiva, autismo
Plan terapéutico indicado: alimentación especial, neurología, psicoeducación, psicólogo / terapia ocupacional
(Módulos y detalle de las prestaciones solicitadas con indicación de prestador individual o institución que llevara adelante el tratamiento)

Razón social: _____
Domicilio de atención: _____
Modalidad de concurrencia: _____

(días, horarios, modalidad de asistencia: jornada simple o doble)

Para las modalidades de integración se deberá especificar:

Nombre completo institución educativa común:

Domicilio de la institución:

Traslado:

Origen:

Destino:

Tratamiento o especialidad de la prestación brindada en el destino del viaje:

Kms recorridos por viaje:

Kms totales mensuales:

Dependencia: si no

Puntaje escala MIF: _____

Semestre 1° 2° AÑO: 20 26

Dra. TERESA B. SÁNCHEZ
MÉDICA
Mat. 4711 - L° 3 - F° 85

Tere