

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: Mario Alejandra Brito
CUIT / CUIL: 27, 20 822693/8 Domicilio:
Fecha de nacimiento: 06/10/1969 Edad: 56 Sexo: F Nacionalidad: Argentina
Documento tipo y número: DNI 20822693 N° de beneficiario:

Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado:
Diagnóstico: Artritis Reumatoidea
Plan terapéutico indicado: terapia ocupacional / kinesología

(Módulos y detalle de las prestaciones solicitadas con indicación de prestador individual o institución que llevara adelante el tratamiento)

Razón social: _____

Domicilio de atención: 9 de Julio 1873

Modalidad de concurrencia: presencial 1 vez por semana
terapia ocupacional

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

Para las modalidades de integración se deberá especificar: 1 vez por semana FKT

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: 2026

período de febrero a diciembre 2026

Dr. TERESA B. SÁNGHEZ
MÉDICA
Mat. 4711 - L° 3 - F° 85

OS
12
25