

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: MORA MARIANA DIOZ
CUIT / CUIL: 27/58715316/1 Domicilio: URUGUAY 1593
Fecha de nacimiento: 31/05/2023 Edad: 2 Sexo: F Nacionalidad: Uruguay
Documento tipo y número: 27/58715316 N° de beneficiario: 27587153161-030
Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado: 00-03
Diagnóstico: ALTERACION VISIVA NO ESPECIFICA, COMO EN DISMOQUIA - OTRO EN PROGRESION.
Plan terapéutico indicado: QUIRURGIA Y TERAPIA OCULAR, GEAR PERRY 1630.
- FISIOTERAPIA RUTINA.

(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: 2026

DR. DANTE G. RUBIO
MP 3599
ME DISCAPACITADA