

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: Lucía Francisco
CUIT / CUIL: 20158745018/5 Domicilio:
Fecha de nacimiento: 23/12/21 Edad: 4 Sexo: F Nacionalidad: ARG
Documento tipo y número: 58745018 N° de beneficiario:
Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado: Francisco Francisco
Diagnóstico: Autismo en la infancia
Plan terapéutico indicado: fraseología, preescolar, TO, fonoaudiología

(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: 2020

JORDA, GUILLERMO
R.E. 02902034 - M.P. 2142
PEDIATRA

Dr. TABORDA, GUILLERMO
R.E. 02902034 - M.P. 2142
PEDIATRA

28/11/25