

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: Galante Lucina Belin

CUIT / CUIL: 27 / 49268586 / 3 Domicilio: Colle 44 N° 678

Fecha de nacimiento: 17/03/2009 Edad: 16 Sexo: F. Nacionalidad: Argentino

Documento tipo y número: DNI 49268586 N° de beneficiario: 49268586

Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado: _____

Diagnóstico: Trastornos mixtos de habilidades escolares - Trastorno

Plan terapéutico indicado: Psicología - Psicopedagogía opositor desafiante.
Apoyo escolar.

(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. SILVIA I. STRIFEZZA
MEDICA PEDIATRA
RECERTIFICADO 2020
Mat. N° 9647
13.11.25.