

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: LUQUEZ LOISINA

CUIT / CUIL: 24 / 461343797 / Domicilio: Bv. Pasteur 171

Fecha de nacimiento: 03/08/2004 Edad: 21 Sexo: F Nacionalidad: Argentina

Documento tipo y número: DNI 46.134.797 N° de beneficiario: 46.134.797

Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado: Luquez Juan Marcelo

Diagnóstico: NETMAS MENOR MODERADO / MICROCEPHALIA

Plan terapéutico indicado: Centro Educativo Terapéutico

Jornada Simple S/ Dependencia - Cort. A

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

Razón social: Asoc. Amigos del Taller p/ Discapacitados

Domicilio de atención: Av. Jorge Newbery 782 - Gálvez

Modalidad de concurrencia: Presencial - de Lunes a Viernes de

15 a 19HS - Jornada Simple
(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: Asoc. Amigos del Taller p/ Discapacitados

Origen: Bv. Pasteur 171 - Gálvez

Destino: Av. Jorge Newbery 782 - Gálvez

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

Kms recorridos por viaje: 12 KM Kms totales mensuales: 264 KM

Dependencia: si no

Puntaje escala MIF: _____

Semestre 1° 2° AÑO: 20 26

ADRIANA GARNERO
PROFESORA EN ESPECIAL
DIRECTORA
CENTRO EDUC. TERAP.

D. FABIÁN GALLOSO
MÉDICO LABORAL
MAT. 6696 - REG. ESP.
06415153

OSUOMRA - 112103

Sec. Asistencia Social

Asociación Amigos del Taller
Para Discapacitados
JORGE NEWBERY 782 - 774
GÁLVEZ