

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: JAVIER SOL

CUIT / CUIL: 27, 54 84 65 90 61 Domicilio: _____

Fecha de nacimiento: 13/8/15 Edad: 10 Sexo: F Nacionalidad: Argentino

Documento tipo y número: 54.846.540 N° de beneficiario: 54.846.540

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

Diagnóstico: Retraso mental leve. Trastornos específicos del desarrollo de la habilidad psicomotora. Perjudicada de la actividad y la conducta

Plan terapéutico indicado: Psicopedagogía: 2 veces a semana
Psicología: 1 vez a semana

(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:

De acuerdo a los días escuela: 5 hs por día - 24 hs mensuales
domicilio

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____

Bra. Sibilla Pirati
Médica Pediatra
Mat. 2908 - R.E. 02902997

11/12/25