

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: SANCHEZ MARTIN
CUIT / CUIL: 20, 587277345 Domicilio: Pte 128-130 N° 835
Fecha de nacimiento: 26/08/2021 Edad: 4 Sexo: M Nacionalidad: ARGENTINO
Documento tipo y número: DNI 58727734 N° de beneficiario: 58727734
Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado: GALEANO JESICA
Diagnóstico: Retardo del desarrollo, Test del lenguaje y del
noche
Plan terapéutico indicado: FONOLOGIA, Psicoeducación
TERAPIA OCUPACIONAL
(Módulos y detalle de las prestaciones solicitadas con indicación de prestador individual o institución que llevara adelante el tratamiento)
Razón social: SENTRI
Domicilio de atención: Colle 9 N° 831 y Calle San Martín 1045 (19ta)
Modalidad de concurrencia: Presencial, con 3 (tres) sesiones
Sesiones code terapia
(días, horarios, modalidad de asistencia: jornada simple o doble)
Para las modalidades de integración se deberá especificar: Modulo Integración
con docente apoyo
Nombre completo institución educativa común: Jardín de Infantes
Nucleodo N° 8245
Domicilio de la institución: C.26 N°
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____

Dr. JAVIER E. AGUIRRE
MEDICO PEDIATRA
M.P N° 4053