

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: ALVARO URQUER
CUIT / CUIL: 2355096282 Domicilio: U. ORLANDO 237
Fecha de nacimiento: 9/10/15 Edad: 10 Sexo: M Nacionalidad: ARG.
Documento tipo y número: 55096282 N° de beneficiario: _____
Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado: _____
Diagnóstico: Retardo Mental leve
Plan terapéutico indicado: Psicología / Neuropsicología

(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

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

12/2/26