

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: Hector Jorge Cordoba
CUIT / CUIL: 20-11541398/5 Domicilio:
Fecha de nacimiento: 15/05/1955 Edad: 70 Sexo: M Nacionalidad: Argentino
Documento tipo y número: 11.511.398 N° de beneficiario:

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

Diagnóstico: secuelas de ACV isquémico
Plan terapéutico indicado: Terapia FKT 3 veces / semana a domicilio
Terapia ocupacional 2 veces / semana a domicilio

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

Razón social: _____

Domicilio de atención: Cordoba 2542

Modalidad de concurrencia: a domicilio

(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. TERESA B. SÁNCHEZ
MÉDICA
Mat. 4711 - L° 3 - F° 85