

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: CRACOGNA YANIR AGUIAR

CUIT / CUIL: 20 512317228 Domicilio: Oleseo 1851

Fecha de nacimiento: 12/6/11 Edad: 14 Sexo: M Nacionalidad: Argentina

Documento tipo y número: ANT 51.231722 N° de beneficiario: _____

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

Diagnóstico: AUTISMO EN LA INFANCIA

Plan terapéutico indicado: Psicopedagogía

Fonocardiología - Red de Apoyo

(Módulos y detalle de las prestaciones solicitadas con indicación de prestador individual o institución que llevará 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 20

Dra. Marisel Armando
Clínica Médica
M.P. 4291