

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: ALPARRA MALENA.

CUIT / CUIL: 27157783628 Domicilio: Collecus 1 esq 4 y 6

Fecha de nacimiento: 19/5/19 Edad: 6 Sexo: F Nacionalidad: Argentina.

Documento tipo y número: DNI 57.783628 N° de beneficiario:

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

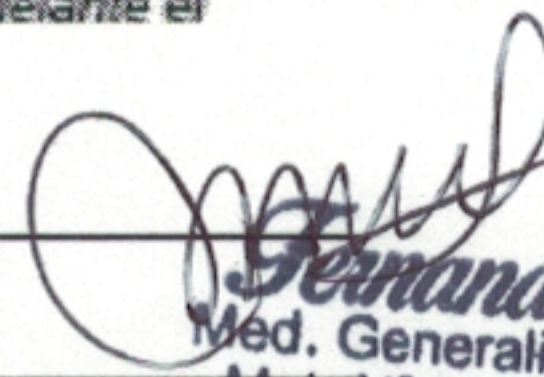
Diagnóstico: Retraso mental leve. Trastorno del lenguaje oral.

Plan terapéutico indicado: FONOLOGIA (2 veces semana), T.O. (2 veces semana), Psicopedagogía (2 veces 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: Córdoba y Zumbini Somo Somo 100


Fernanda Trucco
Med. Generalista y de Familia
Mat. N° 5159 - L°3 - F°107
RE N° 05105711

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: 2026