

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: MOUDOLO EDUARDO

CUIT / CUIL: 20, 581734426 Domicilio: RIO NEGRO 2772

Fecha de nacimiento: 7/3/20 Edad: 5 Sexo: M Nacionalidad: ARGENTINO

Documento tipo y número: DNI 58173442 N° de beneficiario: \_\_\_\_\_

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

Diagnóstico: TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO

Plan terapéutico indicado: 3 SESIONES DE PSICOLOGIA SEMANAVER Y 3 SESIONES PSICOPEDAGOGIA SEMANAVER

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

Razón social: CREHAN

Domicilio de atención: SARMIENTO 1719 - STA TOME

Modalidad de concurrencia: PRESENCIAL

(días, horarios, modalidad de asistencia: jornada simple o doble)

Para las modalidades de integración se deberá especificar: \_\_\_\_\_

Nombre completo institución educativa común: ESCUELA NO 6395

SARGATO PEDRO BUITAMANTE

Domicilio de la institución: AV. WJAN 2153

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: 66

Semestre 1°  2°  AÑO: 2026

Dr. GUILLERMO VIVAS  
PEDIATRA - ADOLESCENCIA  
Mat. N° 4693 L° III F° 24  
R.E. 9741 - F° 132 L° 9 E.R.