HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: BALTAZAR RAMIREZ

CUIT / CUIL: ____/ 70174322/___ Domicilio: CASTELLI 3010

Fecha de nacimiento: ___/___/_____ Edad: 1 Sexo: M Nacionalidad: ARGENTINO

Documento tipo y número: DNI 57210651 N° de beneficiario: 70174322

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

Diagnóstico: fisura nasoalveolo paladina completo

Plan terapéutico indicado: fonoaudiología 3 veces por semana, 12 mensuales y terapista ocupacional 2 veces por semana 8 mensuales de enero a diciembre de 2026.

(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____

16/12/2025

DR. ASEN, ROBERTO
MEDICO - Mat. Nº 3355
Neonatología
R.E. 02503723 - 04503723