

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: JAGUELINA ROJAS
CUIT / CUIL: 2719031210516 Domicilio: R. ALDRA 4258
Fecha de nacimiento: 6/19/10 Edad: 15 Sexo: F Nacionalidad: ARG
Documento tipo y número: 50312105 N° de beneficiario:
Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado: CONCEPCION ROJAS
Diagnóstico: Retraso del desarrollo
Plan terapéutico indicado: Psicopedagoga 2 veces por 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: _____

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: 2020

OSUOMRA - 112103

Sec. Asistencia Social

Dico: Psicopedagoga
2 sesiones semanales
8 " mensuales

Dr. TABORDA, GUILLERMO
R.E. 02902034 - M.P. 2142
PEDIATRA

Jr. TABORDA, GUILLERMO
R.E. 02902034 - M.P. 2142
PEDIATRA