

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: Leizaola Francisco
CUIT / CUIL: 1 1 Domicilio: Parajes (Prov. Bs) 3823
Fecha de nacimiento: 22/1/10 Edad: 9 Sexo: M Nacionalidad: MEX
Documento tipo y número: 555 33343 N° de beneficiario:
Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado: Da Dolores Alvarez
Diagnóstico: Autismo de alto funcionamiento
Plan terapéutico indicado: Módulos de apoyo, Psicoeducación,

(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: 2026

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