

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: FRANCISCO ABORDA

CUIT / CUIL 20 1548479887 Domicilio: BARRIO 1410

Fecha de nacimiento: 30/2015 Edad: 9 Sexo: M Nacionalidad: ARG.

Documento tipo y número: 548479887 N° de beneficiario: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado: Juan Carlos Aborda

Diagnóstico: Deficiencia intelectual leve

Plan terapéutico indicado: T.O. 2 sesiones semanales

3 sesiones semanales de psicología y 2 sesiones semanales de medicina  
(Módulos y detalle de las prestaciones solicitadas con indicación de prestador individual o institución que llevará adelante el tratamiento) Miércoles de 10:00 a 11:00

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 2015

Dr. ABORDA, GUILLERMO  
RE: 02902034 - M.P. 2142  
PEDIATRA

DIGO 2 SESIONES

Dr. ABORDA, GUILLERMO  
RE: 02902034 - M.P. 2142  
PEDIATRA