

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: Lencina Mayor Yara

CUIT / CUIL: / / Domicilio:

Fecha de nacimiento: 19/11/2013 Edad: 7 Sexo: F Nacionalidad: Arg

Documento tipo y número: DI 5362/40 N° de beneficiario:

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

Diagnóstico: Retraso madurativo - conductivo

Plan terapéutico indicado: Psicopedag. Románides
terapia ocupacional Kneifel

(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: 2025

Dr. CAPDEVILLE RICARDO
R.E. N° 02900447
PEDIATRA
M.P. 8648

3/12/24