

**HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD** (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: Benito Rina  
CUIT / CUIL: 27 57859915-6 Domicilio: San Juan 4700  
Fecha de nacimiento: 23/8/19 Edad: 6 Sexo: M Nacionalidad: ARG  
Documento tipo y número: 57859915 N° de beneficiario:

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

Diagnóstico: Autismo en la vida

Plan terapéutico indicado: Favorable a ser atendido  
8 sesiones f.o. 2 sesiones semanales de neuropsicología  
(Módulos y detalle de las prestaciones solicitadas con indicación de prestador individual o institución que llevará 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 20

Dr. TABORDA GUILLERMO  
RE: 02902034 - M.P. 2142  
PEDIATRA

19/11/25  
Sec. Asistencia Social

OSUOMRA - 112103

Dr. GO  
DEPENDENCIA NO

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