

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: Aaron Leonardo Siro  
CUIT / CUIL: 1 / 1 Domicilio: Calle 83 N° 228.  
Fecha de nacimiento: 18/05/2016. Edad: 9 aÑs Sexo: M. Nacionalidad: Argentino  
Documento tipo y número: DNI 55403572. N° de beneficiario: 55403572.

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

Diagnóstico: Trastorno generalizado del desarrollo.

Plan terapéutico indicado: Terapia ocupacional, Psicopedagogía, Psicología.

*(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

*Dra. SILVIA I. STRIEZZA  
MEDICA PEDIATRA  
RECERTIFICADO 2020  
Mat. N° 9647*