

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: Morero Milena

CUIT / CUIL: 77150756760 | Domicilio: Ameghino 2380

Fecha de nacimiento: 18/2/11 | Edad: 14 | Sexo: F | Nacionalidad: Argentina

Documento tipo y número: MIF: 50756760 | N° de beneficiario: 50756760

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

Diagnóstico: TEA (síndrome de Asperger)

Plan terapéutico indicado: Psicología 2 S/sem. Fonología 2 S/sem. Psicoeducación 2 S/sem. Mestrado de apoyo 2 S/sem.

(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. Ricardo N. Gay
Medicina Generalista
Mat. N° 3554 L° 3 F° 42
Med. Larrea N° 7260

1/12/2025