

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: ZOE MARÍA RIVERO
CUIT / CUIL: 27 45508971 4 Domicilio: SAN JUAN 435
Fecha de nacimiento: 23/07/2004 Edad: 21 Sexo: F Nacionalidad: ARGENTINA
Documento tipo y número: DNE 45508971 N° de beneficiario: 45508971
Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado: JUAN CARLOS RIVERO
Diagnóstico: REINOSIS PIGMENTARIA
Plan terapéutico indicado: PSICOLOGIA - TERAPIA OCUPACIONAL

(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: Centro de Rehabilitación
N° 2014 W: S Braille
Domicilio de la institución: España 528

Traslado:

Origen: SAN JUAN 435 NACIOL
Destino: España 528 ROSARIO

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

Rosana M. Basigaluppe
Médica
Mat. 6116