

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido:

CUIT / CUIL: 201396311268 Domicilio:

Fecha de nacimiento: 11/09/1996 Edad: 29 Sexo: M Nacionalidad: Argentino

Documento tipo y número:

N° de beneficiario:

Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado: Velozquez Maria Eva (madre)

Diagnóstico: F84.8 Retraso mental grave

Plan terapéutico indicado: asistencia a centro de día jornada simple

(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: presencial

(días, horarios, modalidad de asistencia: jornada simple o doble)

Para las modalidades de integración se deberá especificar:

Nombre completo institución educativa común: Centro de día Freyre

Domicilio de la institución: Av Freyre 2954

Traslado:

Origen:

Destino:

Tratamiento o especialidad de la prestación brindada en el destino del viaje:

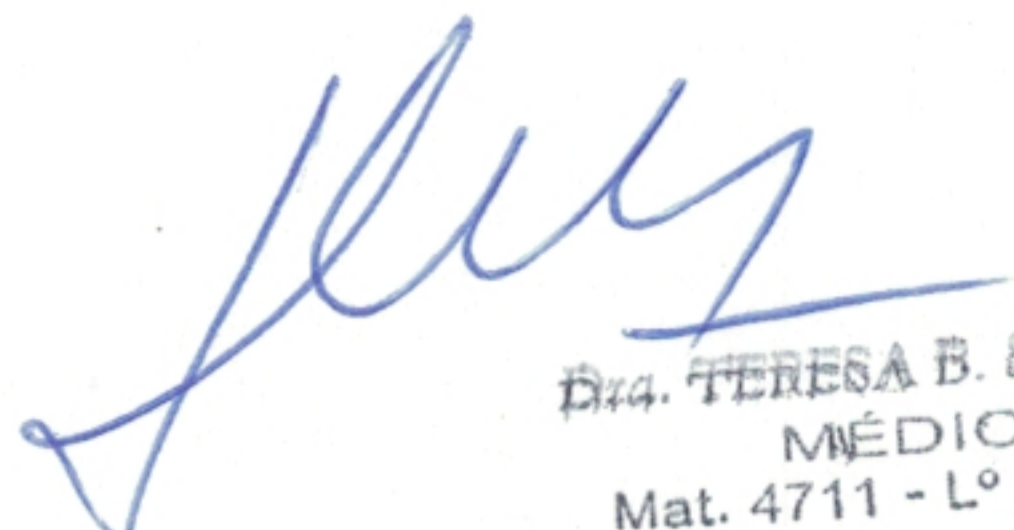
Kms recorridos por viaje:

Kms totales mensuales:

Dependencia: si no

Puntaje escala MIF: _____

Semestre 1° 2° AÑO: 2026


Dra. TERESA B. SÁNCHEZ
MÉDICA
Mat. 4711 - L° 3 - F° 85

11/12/25