

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: Saldes Guillermina Lucio
CUIT / CUIL: 27153271363 Domicilio: Rep de York 3556
Fecha de nacimiento: 10/7/2013 Edad: 12 Sexo: F Nacionalidad: Argentina
Documento tipo y número: 53271363 N° de beneficiario:

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

Diagnóstico: Síndrome de Down

Plan terapéutico indicado:

(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: 20____

D. CARDEVELLE RICARDO
R.E. N° 02900447
PEDIATRA
M.P. 8646

22.12.25