HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: Salvador Lionel Bresson

CUIT / CUIL: / / Domicilio: Peregrinos 1125

Fecha de nacimiento: 6 / 11 / 23 Edad: 2a Sexo: Mas Nacionalidad: Argentino

Documento tipo y número: 70.048.422 N° de beneficiario: 70048.422

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

Diagnóstico: Displejia Espastica.

Plan terapéutico indicado: kinesiologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia psicopedagogia

(Módulos y detalle de las prestaciones solicitadas con indicación de prestador individual o institución que llevara adelante el tratamiento)

Razón social: _____

Domicilio de atención: Olesio 1481

Modalidad de concurrencia: 3 de kinesiologia y 2 sesiones de terapia ocupacional, fonoaudiologia y psicopedagogia

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

Para las modalidades de integración se deberá especificar:

Nombre completo institución educativa común: Servicio Interdisciplinario de Rehabilitacion y educacion terapeutica

Domicilio de la institución: Olesio 1481

Traslado: Medio de transporte con dependencia (Remis)

Origen: Peregrinos 1125

Destino: Olesio 1481

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 26

PEÑALOZA CECILIA
PEDIATRA
Mat. 8360-R.E 02917259

CSJOMRA - 112103 Sec. Asistencia Social