

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: FRANCISCA CURY
CUIT / CUIL: 3352566986 Domicilio: FLEUEN 3305
Fecha de nacimiento: 8/5/12 Edad: 13 Sexo: F Nacionalidad: ARG
Documento tipo y número: 325 666986 Nº de beneficiario:
Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado: ANTONIA LIZARRA
Diagnóstico: FEA
Plan terapéutico indicado:

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

Razón social: Centro de asistencia terapéutica
Domicilio de atención: _____
Modalidad de concurrencia: UNA VEZ A LA SEMANA

(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 26

Dr. TABORDA, GUILLERMO
R.E. 02902034 - M.P. 2142
PEDIATRA

8/12/25

OSUJOMRA - 112103

Sec. Asistencia Social

UNA

Dr. Taborda

Dr. TABORDA, GUILLERMO
R.E. 02902034 - M.P. 2142
PEDIATRA