

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: D' Emilio Yamin
CUIT / CUIL: 27145805285-4 Domicilio: BS AS 1961 -
Fecha de nacimiento: 23/6/04 Edad: 21 Sexo: fm Nacionalidad: Arg
Documento tipo y número: DNI = 45.805.285 N° de beneficiario: 24458052854 -
Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado: Peleya Mariana
Diagnóstico: R. Mental mod
Plan terapéutico indicado: Centro de Día -

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

Razón social: Asociación Discapacitados San José
Domicilio de atención: Av. Los Quinteros 2345 (Ángel Gallardo)
Modalidad de concurrencia: CENTRO DE DÍA, CATEGORÍA A, JORNADA DOBLE.
DE LUNES A VIERNES DE 8⁰⁰hs a 14³⁰hs.
(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: Av. Los Quinteros 2345 (AG).

Traslado:

Origen: BS AS 1961 - Montevideo

Destino: Av. Los Quinteros 2345 (AG).

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

Kms recorridos por viaje:

Kms totales mensuales:

Dependencia: si no

Puntaje escala MIF: _____

Semestre 1° 2° AÑO: 2026

Lucila Gueseloff
Médica Generalista y de Familia
Mat. 5443 - R.E. 05106009