

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: Valencia Vera
CUIT / CUIL: 231530170939 Domicilio: CHADENURU OUGO 1259
Fecha de nacimiento: 18/11/14 Edad: 11 Sexo: F Nacionalidad: ARG
Documento tipo y número: 530170939 N° de beneficiario:
Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado: Valencia Vera
Diagnóstico: FQD
Plan terapéutico indicado:
Psicopedagogía y Neuropsicología
(Módulos y detalle de las prestaciones solicitadas con indicación de prestador individual o institución que llevará adelante el tratamiento)
Razón social: FQD y Neuropsicología
Domicilio de atención: FQD y Neuropsicología
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 26

Dr. TABORDA, GUILLERMO
R.E. 02902034 - M.P. 2142
PEDIATRA
21/11/25