

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: AGUSTIN CASASS  
CUIT / CUIL: 20 15421446911 Domicilio: Calle 214501 5070  
Fecha de nacimiento: 18/8/14 Edad: 17 Sexo: M Nacionalidad: ARG

Documento tipo y número: 54209964 N° de beneficiario:

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

Diagnóstico: Retrasamiento de la adquisición y enlentecido

Plan terapéutico indicado: Psicopedagogía y sesiones semanales

16 sesiones  
(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 20

RDA, GUILLERMO  
02034 - M.P. 2142  
PEDIATRA

[Signature]  
22/12/20  
Sec. Asistencia Social