

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: Adriano Lupo

CUIT / CUIL: / / Domicilio:

Fecha de nacimiento: 22/9/18 Edad: 7 Sexo: Nacionalidad:

Documento tipo y número: 56965191 N° de beneficiario:

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

Diagnóstico:

Plan terapéutico indicado: FONO AUDILOGIA } 2 veces / semana  
T. ocupacional  
PSICOLOGIA

(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 26

  
LUCIANO RAMBALDO  
MEDICO PEDIATRA  
TERAPIA INTENSIVA INFANTIL  
M.N. 135617 M.P. 4835 L.IIF91  
R.E. 02905386 R.E. 05805386