

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: Gonzalez Torrel Agostino

CUIT / CUIL: 27 / 55404033 / 6 Domicilio: Riusoluzoj 244

Fecha de nacimiento: 30 / 3 / 16 Edad: 9 Sexo: 4 Nacionalidad: Argentina

Documento tipo y número: DNI 55404033 N° de beneficiario: _____

Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado: Torrel Sofia, Gonzalez Maximiliano.

Diagnóstico: Perturbación de la Atención y de Atención

Plan terapéutico indicado: Disciplinas y apoyo

Fonología - Psicopedagogía - Materia de Apoyo
(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

CARINA CHIARO
MED. PEDIATRA
Méd. N° 6262 - L° 03 - F° 163
R.E. 02006000

