

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: LOPEZ URRUTIA VALENTIN FU
 CUIT / CUIL: 20 88088591 7 Domicilio: VIA 329
 Fecha de nacimiento: 22/11/19 Edad: 6 Sexo: M Nacionalidad: ARG.
 Documento tipo y número: 58088591 N° de beneficiario: _____
 Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado: FEABIAN LOPEZ
 Diagnóstico: DEFICIT EN LA ATENCIÓN
 Plan terapéutico indicado: FOFO: 8 SESIONES PARALELAS
 (Módulos y detalle de las prestaciones solicitadas con indicación de prestador individual o institución que llevara adelante el tratamiento)
 Razón social: PSICÓLOGA Y " "
 Domicilio de atención: PSICÓLOGA Y SESIONES PARALELAS
 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

28/11/26

Digo
28/11/25
 Dr. TABORDA, GUILLERMO
 R.E. 02902034 - M.P. 2142
 PEDIATRA