

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: ELIAS CHARIER

CUIT / CUIL: 20 / 56019693 / 9 Domicilio: CEIBO 2788 SAN JUSTO (STA FE)

Fecha de nacimiento: 07/03/2011 Edad: 8 Sexo: M Nacionalidad: ARGENTINO

Documento tipo y número: DNI 56.019.693 N° de beneficiario: _____

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

Diagnóstico: TRASTORNO DEL LENGUAJE EXPRESIVO - RETRASO MENTAL LEVE

Plan terapéutico indicado: PSILOGIA

(Módulos y detalle de las prestaciones solicitadas con indicación de prestador individual o institución que llevara adelante el tratamiento)

Razón social: MIRTA GRACIELA ANGLIONI

Domicilio de atención: AV. SRODNO 3130

Modalidad de concurrencia: PRESENCIAL (BUENES DÍAS)

(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: 102

Semestre 1° 2° AÑO: 20 25

CINTIA L. VIGNATTI
MEDICINA GRAL. Y FLIAR.
M.P. 4131