

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: YANZA MONZO
CUIT / CUIL: 2753621790 Domicilio: QO100 2141 Sh. Funes
Fecha de nacimiento: 19/11/13 Edad: 12 Sexo: F Nacionalidad: ARG.

Documento tipo y número: 53621790 N° de beneficiario:
Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado: CATALINA BRAGA
Diagnóstico: Síndrome de Asperger, Retardo Psicomotor

Plan terapéutico indicado: Psicoeducación y habilidades
Fonoaudiología y "
F.O. y "

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

Razón social: _____
Domicilio de atención: FRT 12 HAZERVALOY
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

12/2/26

53621790

Dr. TABORDA, GUILLERMO
R.E. 02902034 - M.P. 2142
PEDIATRA