

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: *Sanchez Yan.*
CUIT / CUIL: *20152369387* Domicilio: *Sarmiento 346. San Carlos Centro*
Fecha de nacimiento: *11/05/2012* Edad: *13* Sexo: *M* Nacionalidad: *Argentina*
Documento tipo y número: *52369385 (DNI)* N° de beneficiario: *52369385*
Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado: *SANCHEZ CARLOS*
Diagnóstico: *TDA. Tx del lenguaje. Alexia. Dislexia*
Plan terapéutico indicado: *2 Sesión TO. Semanal, 2 Sesión Psicopedagogía Semanal*
2 Sesión Psicología Semanal 6 hs Semanal de marzo al agosto de
(Módulos y detalle de las prestaciones solicitadas con indicación de prestador individual o institución que llevara adelante el tratamiento) *Febrero a Diciembre del 2026*
Razón social: _____
Domicilio de atención: _____
Modalidad de concurrencia: _____

Dra. SANDRA MARIELA BONFIGLIOLI
MÉDICA - PEDIATRA
Mat. Prov. 12093 41/727
Reg. Especialista: 02905586 L5 F5
AUTORIZADA P. CIRCUNSCRIPCIÓN

(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 _____