

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: FINO FEO COMEC
CUIT / CUIL: 201503126797 Domicilio: MISIONES 5153
Fecha de nacimiento: 13/12/10 Edad: 15 Sexo: M Nacionalidad: ARG.
Documento tipo y número: 50312679 N° de beneficiario:
Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado: VALERIA PEREZ
Diagnóstico: ANFISIA EN LA NIÑEZ
Plan terapéutico indicado:

(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: Escuela Especial 2069

Traslado: Di Docente Fulcra

Origen: MISIONES 5153

Destino: Escuela Especial 2069

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: 2026

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

13/2/26