

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: FRANCO DIAZ
CUIT / CUIL: 231575712009 Domicilio: ITACA SBIL SAN JUSTO
Fecha de nacimiento: 21/7/19 Edad: 6 Sexo: F Nacionalidad: MG
Documento tipo y número: 57571200 N° de beneficiario:

Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado: FERNANDA DIAZ

Diagnóstico: TEO. Retardamiento intelectual clasificado

Plan terapéutico indicado: Psicología educativa, Fonoaudiología

2 servicios de apoyo fo 2 sesiones semanales
(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:

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: 2016

Dr. TABORDA, GUILLERMO
R.E. 02902034 - M.P. 1142
PEDIATRA

20/11/21