

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: *Isana Belen Magorinos*
CUIT / CUIL: *23 142555773 4* Domicilio: *Poverano 3007 Sto Tomé*
Fecha de nacimiento: *17/07/2000* Edad: *24* Sexo: *F* Nacionalidad: *Argentina*
Documento tipo y número: *DNI 42555773* N° de beneficiario: *42555773*

Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado: *Delvoro Beatry Romero*

Diagnóstico: *Atrofia muscular espinal II*

Plan terapéutico indicado: *asistir a centro de rehabilitación mediante transporte con asistencia*

(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: 20 *26* y go año 20 *26*

[Handwritten signature]
Dra. TERESA B. SÁNCHEZ
MÉDICA
Mat. 4711 - L° 3 - F° 85
Dra. TERESA B. SÁNCHEZ
MÉDICA
Mat. 4711 - L° 3 - F° 85