

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: Diego Carlos
CUIT / CUIL 20 54770813 0 Domicilio: ARREUNGA 3045
Fecha de nacimiento: 2006/15 Edad: 10 Sexo: M Nacionalidad: ARG.

Documento tipo y número: 54770813 N° de beneficiario:
Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado: AGUILERA OLIVERA

Diagnóstico: Trast. del Habla y lenguaje

Plan terapéutico indicado:
2 sesiones de 12 sesiones de Habilidad
(Módulos y detalle de las prestaciones solicitadas con indicación de prestador individual o institución que llevara adelante el tratamiento)

Razón social: M. de H. y P. S. H. ArreunGA

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: 2026

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

7/9/26