

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: Manfred Rojas

CUIT / CUIL: 201531819378 Domicilio:

Fecha de nacimiento: 29/9/13 Edad: 12 Sexo: M Nacionalidad: ARG

Documento tipo y número: 53181935 N° de beneficiario:

Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado: Isela Cordoba

Diagnóstico: Retraso mental leve

Plan terapéutico indicado: psicopedagogia - 2 sesiones

psicomotricidad - 1 sesión semanal  
(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

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