

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: PAULO ANTONIO
CUIT / CUIL: 271594478415 Domicilio: REANO
Fecha de nacimiento: 27/6/22 Edad: 3 Sexo: F Nacionalidad: ARG
Documento tipo y número: 57447841 N° de beneficiario:
Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado: PAULO ANTONIO
Diagnóstico: Autismo en la vida
Plan terapéutico indicado: FUO 0 ASESORIA 2 SESIONES SEMANALES
T.O. 2 SESIONES SEMANALES

(Módulos y detalle de las prestaciones solicitadas con indicación de prestador individual o institución que llevará 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: 2026

Dr. TABORDA GUILLERMO
RE: 02902034 - M.P. 2142
PEDIATRA

2/12/25