

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: Kevin Cordozo
CUIT / CUIL: 20150790253, 8 Domicilio:
Fecha de nacimiento: 10/05/2011 Edad: 14 Sexo: M Nacionalidad: Argentina
Documento tipo y número: DNI 50790253 N° de beneficiario:
Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado: Cordozo Juan Pablo
Diagnóstico: Retraso moderado de desarrollo intelectual
Plan terapéutico indicado: moderado

(Módulos y detalle de las prestaciones solicitadas con indicación de prestador individual o institución que llevara adelante el tratamiento)

Razón social: _____
Domicilio de atención: 9 de julio 1857
Modalidad de concurrencia: presencial 2 veces/semana

(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: 9 de julio 1857 Sto Fe
Traslado:
Origen: Felix Barreto 8844 Sto Fe
Destino: 9 de julio 1857 Sto Fe

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


Dra. TERESA B. SÁNCHEZ
MÉDICA
Mat. 4711 - L° 3 - F° 85