

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: MARTINO LOZANO
CUIT / CUIL: 20156526422/3 Domicilio:
Fecha de nacimiento: 8/18/17 Edad: 8 Sexo: M Nacionalidad: ARG.
Documento tipo y número: 56526422 N° de beneficiario:
Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado: LOZANO JOSEFINA
Diagnóstico: F09
Plan terapéutico indicado:

(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: 2020

DR. TABORDA GUILLERMO
RE: 02902034 - M.R 2142
PSIATRA

28/11/20
Sec. Asistencia Social