

PAO  
UOST

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: Alonso Videla  
 CUIT / CUIL: 20 152362566 18 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: 23/2/12 Edad: 13 Sexo: M Nacionalidad: Argentino  
 Documento tipo y número: DNI: 5 2362566 N° de beneficiario: 5 2362566  
 Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado: Plano Cerro  
 Diagnóstico: Trastorno por déficit de la atención del tipo combinado  
 Plan terapéutico indicado: Psicología: 2 sesiones por semana  
- Psicopedagogía: 2 sesiones por semana

(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: 20\_\_\_\_

*[Handwritten Signature]*  
**Bra. Silvia Piani**  
 Médica Pediatra  
 Mat. 2908 - R.E. 02902995  
 12/12/12