

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: Diaz Barbero
CUIT / CUIL: 20 159612282 103 Domicilio: 20 de junio 1603
Fecha de nacimiento: 10/16/15 Edad: 10 Sexo: M Nacionalidad: Paraguái
Documento tipo y número: 59.612.282 N° de beneficiario: 59.612.282

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

Diagnóstico: Trazar conjeturas del desarrollo del habla y del lenguaje
Plan terapéutico indicado: lectura matutina

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

Razón social: Psicología - 2 sesiones por semana : 8 semanas
Domicilio de atención: Psicopedagogía : 2 sesiones x semana : 8 semanas
Modalidad de concurrencia: _____

(días, horarios, modalidad de asistencia: jornada simple o doble)

Para las modalidades de integración se deberá especificar:

Medida de apoyo móvil 6H. familiar, 24 semanas

Nombre completo institución educativa común:

Escuela 315 - Puerto Caseros

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

Dra. Silvia Filatti
Médica Pediatra
Mat. 2908 - R.E. 02902995
5/12/25