

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA DE DISCAPACIDAD

FECHA:

APELLIDO Y NOMBRE:

DOMICILIO:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

SEXO:

DNI:

Nº DE BENEFICIARIO:

NACIONALIDAD:

NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE, PADRE, TUTOR O ENCARGADO:

DIAGNOSTICO: TRASTORNO DEL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES, NO EPSECIFICADAS. TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE.

PLAN TERAPEUTICO INDICADO: (MODULOS Y DETALLE DE LAS PRESTACIONES SOLICITADAS CON INDICACION DE PRESTADOR INDIVIDUAL O INSTITUCION QUE LLEVARA ADELANTE EL TRATAMIENTO)

RAZON SOCIAL:

DOMICILIO DE ATENCION:

MODALIDAD DE CONCURRENCIA: (DIAS, HORARIOS, MODALIDAD DE ASISTENCIA, JORNADA SIMPLE O DOBLE)

PARA LAS MODALIDADES DE INTEGRACION SE DEBERA ESPECIFICAR:
NOMBRE COMPLETO DE LA INSTITUCION EDUCATIVA COMUN:

DOMICILIO DE LA INSTITUCION:

TRASLADO:

ORIGEN:

DESTINO:

TRATAMIENTO O ESPECIALIDAD DE LA PRESTACION BRINDADA EN EL DESTINO DEL VIAJE:

KILOMETROS RECORRIDOS POR VIAJE:

KILOMETROS TOTALES MENSUALES:

DEPENDENCIA: SI NO (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDE)

JUSTIFICACION CLINICA DE LA DEPENDENCIA (ESCALA FIM)

SEMESTRE 1º 2º (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDE)

FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

FIRMA DEL MEDICO AUDITOR