



HISTORIA CLINICA DE DISCAPACIDAD	
Nombre y Apellido:	
Domicilio:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:
Sexo:	
Documento Tipo y Número:	
Nº de Beneficiario:	Nacionalidad:
Nombre y Apellido de Madre, Padre, Tutor o Encargado:	
Diagnóstico:	
*1-Plan Terapéutico Indicado:	
Razón Social:	
Domicilio de Atención:	
<p>* Modalidad de Concurrencia:</p> <p>Para las modalidades de integración se deberá especificar: Nombre completo Institución Educativa Común: Domicilio de Institución: Traslado: Origen: Destino: Tratamiento o Especialidad de la prestación brindada en el destino del viaje: Kilómetros recorridos por viaje: Kilómetros totales mensuales: Dependencia: SI NO (tachar lo que no corresponda) Justificación clínica de la dependencia: (especificar puntaje en escala FIM) Semestre: 1º 2º (tachar lo que no corresponda) Año:</p>	

.....
FIRMA AUDITOR MEDICO

.....
FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

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

* Días, Horarios, Modalidad de Asistencia: Jornada Simple o Doble)