



MODIFICACIÓN O PRORROGA DE PRESTACION DE DISCAPACIDAD (continuación)

Beneficiario -----

b) HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes Personales: -----

Estado Actual :-----

Diagnóstico:-----

Medicación:-----

Capacidad funcional (Mental, motriz, sensorial):-----

Opinión acerca de las medidas terapéuticas y de apoyo necesarias:-----

Fecha: -----

Firma y sello Médico tratante



MODIFICACIÓN O PRORROGA DE PRESTACION DE DISCAPACIDAD (continuación)

Beneficiario -----

a) SITUACIÓN FAMILIAR

Familia	Si		No						
Vínculos afectivos	Si		Madre		Padre		Hermanos		Otros
	No								
Responsabilidad Familiar	Total		Parcial		Ninguna				
Relación con la comunidad	Si		No						

Fecha: -----

Firma y sello del profesional

b) RESEÑA DE ABORDAJES ANTERIORES (terapéuticos y/ o educativos)

Fecha: -----

Firma y sello del profesional

c) INFORME INDIVIDUAL: Nivel Cognitivo, Comunicación, Juego, Desarrollo motor y socio-afectivo. Nivel gráfico, lecto - escritura y lógico matemático

MODIFICACIÓN O PRORROGA DE PRESTACION DE DISCAPACIDAD (continuación)

Beneficiario -----

Fecha: -----

Firma y sello del profesional

