

COORDINACION DE DISCAPACIDAD
“Unidad de Terapia Infantil”
2015-2018

DATOS DEL NIÑO (A)

Nombre del niño (a): _____

Diagnostico: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Dx. Neurológico: _____

Medico tratante: _____

DATOS DE LOS PADRES

Nombre del padre: _____

Edad: _____ Ocupación: _____

Datos de la empresa donde trabaja: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Nombre de la madre: _____

Edad: _____ Ocupación: _____

Datos de la empresa donde trabaja: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma de la Madre

Firma del Padre