

## SOLICITUD DE PRESTACIONES PARA AFILIADOS CON DISCAPACIDAD

Lugar:	Fecha:
--------	--------

### Datos del afiliado con discapacidad:

Apellido y nombre completo:	Número de afiliado:
Apellido y nombre afiliado titular:	Relación:
Teléfono (*) de contacto:	
E-mail: (*)	

(\*) Campos obligatorios

### Datos del profesional prescriptor:

Apellido y nombre completo:
Domicilio:
Teléfono:
E-mail:

### Diagnóstico:

--

### Breve resumen del estado del paciente:

--

## DETALLE DE LO REQUERIDO:

	SI	NO	
INSTITUCIONES (Centro de día, Escuelas, Centro educativos terapéuticos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formulario DISCAPACIDAD 001/005/013/014/015
ESPECIALIDADES DE REHABILITACIÓN AMBULATORIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formulario DISCAPACIDAD 002/007/ 013/014/015
MAESTROS DE APOYO, EQUIPO INTEGRACIÓN ESCOLAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formulario DISCAPACIDAD 003/008/009/010/014/015
TRANSPORTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formulario DISCAPACIDAD 004/011/012/014/015
PRESTACIONES AMBULATORIAS PARA PROFESIONALES INDIVIDUALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formulario DISCAPACIDAD 002/006/014/015
MEDICACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CONSENTIMIENTO INFORMADO MEDICACIÓN

## DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ ACOMPAÑAR PARA DAR INICIO AL TRÁMITE

	SI	NO
PLANILLA DE CONSENTIMIENTO: Formulario DISCAPACIDAD 001, 002, 003, 004, de acuerdo a lo solicitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA: Formulario DISCAPACIDAD 016	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÓRDENES MÉDICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPIA DEL CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD VIGENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLANES DE TRABAJO: Formulario DISCAPACIDAD 013, en caso de corresponder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRESUPUESTOS: Formulario DISCAPACIDAD 005, 006, 007, 008, 009, 011, de acuerdo a lo solicitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN ORGANISMOS OFICIALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TÍTULOS HABILITANTES DE TODOS LOS PRESTADORES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPIA DNI DEL TITULAR Y DEL BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## OTRA DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA

	SI	NO
ACTA DE ACUERDO APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR : Formulario 010	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOLICITUD DE ANEXO DE TRANSPORTE: Formulario 012	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL: Formulario 014	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLANILLA DE DATOS SOCIOFAMILIARES: Formulario 015	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES: