O.S.J.P.V.y F.R.A.

Obra Social de Jardineros

INSCRIPCION ANSSAL 110107

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PLAN DE TRATAMIENTO COMPLETO (RESUMEN DE HISTORIA CLINICA) | | |
| NOMBRE Y APELLIDO: |  |  |
| DOMICILIO Y LOCALIDAD: |  |  |
| FECHA DE NACIMIENTO / / | EDAD: | SEXO: F M |
| DOCUMENTO TIPO: | Nº | NACIONALIDAD: |

Nº BENEFICIARIO: CUIL:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE, PADRE, TUTOR, ENCARGADO: | | | | | |
| DIAGNOSTICO: Como figura en Certificado de Discapacidad | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| FECHA DE VENCIMIENTO DE CUD: / / | | | | | |
| PLAN TERAPEUTICO COMPLETO (indicar Jornada) (indicar frecuencia) | | | | | |
| 1 |  | | | | |
| 2 |  | | | | |
| 3 |  | | | | |
| 4 |  | | | | |
| 5 |  | | | | |
| 6 |  | | | | |
| 7. |  | | | | |
| Para las modalidades de integración se deberá especificar: nombre completo de la institución educativa común | | | | | |
| TRASLADOS (indicar domicilios origen-destino) (indicar prestación destino) | | | | | |
| ORIGEN: | | | | | |
| DESTINO: | | | | | |
| ORIGEN: | | | | | |
| DESTINO: | | | | | |
| DEPENDENCIA | | SI | NO |  | |
| JUSTIFICACION CLINICA DE LA DEPENDENCIA (especificando puntaje de escala FIM) | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE |
| PERIODO A CUBRIR: | | | | |
| AÑO: | | | | |
|  | | | | |
| MEDICO AUDITOR FIRMA Y SELLO | | | | | |

Pte. Luis Sáez Peña 480 - CABA

Tel: 4381-7475