

## REQUISITOS PARA SOLICITAR TERAPIAS POR DISCAPACIDAD

### Mecanismo de integración

- 1-** Certificado de discapacidad vigente – DNI – credencial- último recibo de sueldo o últimos 3 pagos Monotributo depende lo que corresponda.
- 2-** Resumen de historia clínica: debe constar la fecha, firma y sello del profesional, descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente y las solicitadas.
- 3-** Prescripción de las prestaciones, comprendidas en el nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad, firmada por médico tratante. Por cada prestación se debe realizar pedido por separado, indicando el periodo prescripto, la especialidad, la modalidad prestacional y de concurrencia.
- 4-** Conformidad por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable /tutor. conforme anexo III
- 5-** Si esta escolarizado, Certificado de escolaridad con CUE (número de registro del establecimiento escolar).

### Consultas:

**email:** [nolmos@adoscomodoro.org.ar](mailto:nolmos@adoscomodoro.org.ar)

**whatsapp:** 297-5362884

## DATOS DEL AFILIADO

### 1. Datos personales

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

Documento Nacional de Identidad (DNI): \_\_\_\_\_

CUIL: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

### 2. Datos de contacto

Domicilio actual: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### 3. Información de salud

Patología / diagnóstico principal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 4. Datos del grupo familiar / responsable

Padre / Responsable

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Madre / Responsable

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

### 5. Datos del titular de la obra social

CUIL del titular de la obra social: \_\_\_\_\_

#### *Nota:*

*La presente planilla tiene carácter informativo y no reemplaza la documentación médica requerida para la solicitud de terapias.*

## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

### 1. Datos del paciente

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Número de beneficiario: \_\_\_\_\_

Número de documento: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Categoría: \_\_\_\_\_

Sexo:

Masculino

Femenino

### 2. Diagnóstico

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Patología: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. Motivo médico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 4. Antecedentes de la enfermedad

Detalle del estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 5. Estudios realizados \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 6. Detalle del tratamiento indicado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma médico tratante: \_\_\_\_\_

Firma médico auditor: \_\_\_\_\_

## CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 1. Datos del beneficiario

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

Número del afiliado: \_\_\_\_\_

Tipo y número de documento: \_\_\_\_\_

*Declaro haber recibido información clara y adecuada respecto de la/s prestación/es que se detallan a continuación, comprendiendo las alternativas disponibles y presto mi conformidad para su realización.*

### Condiciones generales:

- Las terapias se realizan de lunes a viernes.
- No se reconocen feriados provinciales ni nacionales.

## 2. Prestaciones autorizadas

### Prestación 1

Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

### Prestación 2

Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

### Prestación 3

Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

### Prestación 4

Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

### 3. Conformidad

#### Prestación 1

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

### 4. Datos del responsable

(si quien firma no es la persona con discapacidad)

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de: \_\_\_\_\_

Vínculo (familiar / responsable / tutor): \_\_\_\_\_

Firma del responsable: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Documento: \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE BAJA Y CAMBIO DE PRESTADOR

### Mecanismos de integración

Comodoro Rivadavia

Fecha \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Afiliado: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, dejo constancia de la solicitud de baja de la prestación de:

A cargo de: \_\_\_\_\_

Período:

Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Asimismo, solicito el alta de dicha prestación a cargo del/de la profesional y/o institución:

Período:

Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Vínculo: \_\_\_\_\_