

HISTORIA CLINICA DE DISCAPACIDAD



OBRA SOCIAL
DEL PERSONAL DE CARGA Y DESCARGA
O.S.P. C.y.D.
R.N.O.S 1-0340-2

NOMBRE Y APELLIDO

DOMICILIO:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

DOCUMENTO TIPO Y NUMERO:

NACIONALIDAD:

N° DE BENEFICIARIOS:

NOMBRE Y APELLIDO DE MADRE, PADRE, TUTOR O ENCARGADO:

DIAGNOSTICO:

PLAN TERAPEUTICO INDICADO: (MODULOS Y DETALLE DE LAS PRESTACIONES SOLICITADAS CON INDICACION DEL PRESTADOR INDIVIDUAL O INSTITUCION QUE LLEVARA ADELANTE EL TRATAMIENTO):

RAZON SOCIAL:

DOMICILIO DE ATENCION:

MODALIDAD DE CONCURRENCIA: (DIAS, HORARIOS, MODALIDAD DE ASISTENCIA: JORNADA SIMPLE O DOBLE)

PARA LAS MODALIDADES DE INTEGRACION SE DEBERA ESPECIFICAR:

*NOMBRE COMPLETO INSTITUCION EDUCATIVA COMUN:

*DOMICILIO DE LA INSTITUCION:

*TRASLADO:

*ORIGEN:

*DESTINO:

*TRATAMIENTO O ESPECIALIDAD DE LA PRESTACION BRINDADA EN EL DESTINO DE VIAJE:

*KILOMETROS RECORRIDOS POR VIAJE:

*KILOMETROS TOTALES MENSUALES:

*DEPENDENCIA: SI NO TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA

*JUSTIFICACION CLINICA DE LA DEPENDENCIA: (ESPECIFICAR PUNTAJE ESCALA FIM)

*SEMESTRE 1° 2° TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA

*AÑO

FIRMA AUDITOR MEDICO

Cochabamba 1635 C1148ABE Ciudad de Buenos Aires - Tel: (011) 4305-5095
Tel./Fax: (011) 4304-5484/8358 - e-mail: estibaros@hotmail.com