

O.S.P.I.V

Obra Social del Personal de la Industria del Vestido

INSCRIPCION ANSSAL 12200/5

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)

PERIODO A CUBRIR:

AÑO:

FIRMA Y SELLO
MEDICO TRATANTE

MEDICO AUDITOR FIRMA Y SELLO