

## RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

### DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

### DATOS DEL PRESTADOR

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO Y ESTADO ACTUAL

### EVOLUCIÓN EN EL ÚLTIMO AÑO:

### ANTECEDENTES DE SALUD SIGNIFICATIVOS

### PLAN TERAPÉUTICO (ESPECIFICAR ESPECIALIDAD Y CANTIDAD DE SESIONES)

Firma y Sello Medico

SOLICITUD DE PRESTACIONES

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

**Delegada Rectoral del ISSUNNE**

Tengo el Agrado de dirigirme a Ud. con el propósito de solicitarle la cobertura prestacional correspondiente, para la realización de las siguientes prácticas / tratamiento de:

\_\_\_\_\_

Para tal fin, adjunto los datos correspondientes, y la documentación solicitada.

**DATOS DEL AFILIADO PACIENTE**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Domicilio de residencia actual \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

Tipo de Afiliación \_\_\_\_\_ Parentesco con el titular \_\_\_\_\_

**DATOS DEL AFILIADO TITULAR**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Domicilio de residencia actual \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**Declaro que los datos volcados en el presente formulario son exactos y revisten carácter de Declaración Jurada**

Firma del afiliado Titular

Firma del afiliado Paciente, Padre,  
Madre o Tutor

Aclaración: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

## PLANILLA DE DATOS SOCIO-FAMILIARES

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PADRE**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Domicilio de residencia actual \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA MADRE**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Domicilio de residencia actual \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**OTROS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE**

Nombre y Apellido	Edad	Vínculo	Ocupación

**Los datos consignados son complemento del análisis de auditoría de las prestaciones solicitadas. Los mismos revisten carácter de declaración jurada.**

Firma del Titular

Aclaración: \_\_\_\_\_

CONFORMIDAD DE TRATAMIENTO Y/O PRÁCTICA

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Quien suscribe \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Afiliado titular de ISSUNNE, presto mi conformidad del tratamiento y/o prestaciones: (Ver anexo Nomenclador)

\_\_\_\_\_

A favor del afiliado con discapacidad \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Realizado/as por los prestadores (del padrón de ISSUNNE) que al pie conforman y se comprometen a realizar las prestaciones, por el período desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_. Año \_\_\_\_\_.

**Los abajo firmantes reconocen haber leído las normas de procedimientos y facturación para prestaciones de discapacidad.**

Firma del afiliado Titular

Firma del afiliado Paciente, Padre,  
Madre o Tutor

Aclaración: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Prestador

Firma y Sello del Prestador

Aclaración: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Prestador

Firma y Sello del Prestador

Aclaración: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

***(Para casos de Prestadores individuales (no centros) se deberá firmar una conformidad con cada tipo de Prestación)***

## MODELO DE PLAN DE TRABAJO

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

**DATOS DEL AFILIADO PACIENTE**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PRESTADOR**

Razón Social (Nombre y Apellido) \_\_\_\_\_ CUIT N° \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA PRESTACION**

Prestación/Tratamiento: \_\_\_\_\_

Período desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ . Año \_\_\_\_\_ .

Objetivos Concretos:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Firma del afiliado Titular

Firma y Sello del Prestador

Aclaración: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

***(Para Prestadores individuales (no centros) se deberá confeccionar un modelo de trabajo por cada uno)***

MAESTRA DE APOYO ESCOLAR (EXTRA-AULICA)

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA PRESTACION**

Período desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_. Año \_\_\_\_\_.

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

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD**

Días / Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde	__ : __ hs				
Hasta	__ : __ hs				
Total de horas					

Cantidad de horas mensuales \_\_\_\_\_

Firma del afiliado Titular

Firma y Sello **Maestra de Apoyo**

Aclaración: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_