

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)

SESIONES DE APOYO PROFESIONAL

Lugar y fecha _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellido _____ DNI _____ Edad _____

DATOS DE LA PRESTACION

Especialidad _____ Período desde _____ hasta _____.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD – SESIONES PROFESIONALES

Días / Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					
Actividad					

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)