

I. DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre/s: Titular/Beneficiario:
 IPS N° Fecha de nacimiento / / Edad
 Estado civil: Soltero [] Casado [] Viudo [] Divorciado [] (tachar lo que no corresponda)
 Domicilio:
 Localidad: Provincia Teléfono:
 Titular: Apellido y Nombre/s Doc. Ident. N°
 Tutor legal: Apellido y Nombre/s Doc. Ident. N°

II. DISCAPACIDAD

Diagnóstico:
 Adjunta certificado de junta provincial: Si No - N°
 Presenta comprobante de estudios realizados:
 Pronóstico:

III. PRESTACIONES REQUERIDAS / PLAN DE TRATAMIENTO

Médico tratante: Matricula profesional:
 A. Módulo
 B. Plan de tratamiento:

Rehabilitación	Frecuencias (días/ horario)	Observaciones
Fisioterapia Kinesioterapia		
Fonoaudiología		
Terapia ocupacional		
Psicología Individual Psicología Familiar		
Otros (especificar)		
Psicopedagogía		

C. Medicamentos (nombre y dosis).

.....

D. Prótesis, Ortesis, silla de ruedas, eventual cirugía reparadora

IV TIEMPO ESTIMADO DE REHABILITACIÓN

.....

Las personas que firman al pie de la presente declaran bajo juramento que los datos consignados son exactos y reales, pudiendo ser sometidos a verificación, haciéndose responsables de toda información que pudiera dar lugar a transgresiones de régimen y reglamentación específica del I.P.S

Salta, / /

.....
 Firma del familiar

.....
 Firma y sello del Médico tratante

JUNTA DE ADMISION

Mitre 355 Salta Capital - Salta

Teléfono/Fax: (0387) 4-323172 - E-mail: juntaadmission@ipssalta.gov.ar



INSTITUTO PROVINCIAL DE SALUD DE SALTA
ADMISIÓN AL PROGRAMA DE DISCAPACIDAD

RESULTADOS EVACUACIÓN JUNTA DE ADMISIÓN IPS N° Fecha / /

Autorizado SI [] NO []

Observaciones:

Series of horizontal dotted lines for recording observations.

Auditoría

Auditoría

Auditoría

Auditoría

JUNTA DE ADMISION

Mitre 355 Salta Capital - Salta
Teléfono/Fax: (0387) 4-323172 - E-mail: juntaadmission@ipssalta.gov.ar