Gral. Martin Miguel de Güemes, Héroe de la Nación Argentina

INSTITUTO PROVINCIAL DE SALUD DE SALTA

FORMULARIO PARA SOLICITUD DE PRESTACIONES

ANEXO I

PROGRAMA DISCAPACIDAD_ AÑO 2027

APELLIDOY NOMBRE: _____

IPS N°: _____FECHA NAC.: _____EDAD: _____

DIAGNOSTICO CUD: _____

N° DE SERIE DEL CERTIFICADO: _____

FECHA DE VENCIMIENTO CUD (código de barra): _____

RESUMEN HISTORIA CLINICA: _____

_____
_____
_____
_____
_____
_____

OBJETIVOS TERAPEUTICOS: _____

_____
_____
_____
_____

PRESTACION SOLICITADA (detalle la prestación, cantidad, y el periodo): _____

_____
_____
_____
_____

FECHA:

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

JUNTA DE ADMISION
Mitre Nº 355 – Salta Capital

Recuerde que la Res. 428/99_ Art. 15 _ expresa que las prestaciones de apoyo no pueden superar las 10 sesiones semanales, incluidas todas las especialidades. Pasado ese número deberá considerar alguno de los módulos previstos en el nomenclador de Prestación Básicos. Ley 24.901_

- MODULO ESTIMULACION TEMPRANA_ Hasta 12 sesiones mensuales_
- MODULO DE REHABILITACION_
- MODULO DE CENTRO DE DIA_
- MODULO CET _ CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICOS
- MODULO SAIC_ Servicio de Apoyo a la Inclusión Escolar_
- MODULO MAESRA DE APOYO (+ 8 HS SEMANALES)
- MODULO MAESTRA DE APOYO HORA (- 8 HS POR SEMANA)

Prestación de Apoyo: Se considera prestación de apoyo a aquella que complementa a la principal.

Ej: Kinesiología, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional Etc.