Banco de Previsión Social

Dirección Técnica de Prestaciones
Gerencia Prestaciones de Salud

EVALUACIÓN TÉCNICA
AYUDA EXTRAORDINARIA PRIMERA VEZ

Fecha	

Instituto		Transporte		Boletos	

NOMBRE DEL USUARIO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
DOMICILIO	**LOCALIDAD**	**DEPARTAMENTO**
TELÉFONO / CELULAR	**CORREO ELECTRÓNICO**	
SERVICIO DE SALUD	**MÉDICO TRATANTE**	

DIAGNÓSTICO CIE10:

Código: **Descripción** (Letra clara y legible)

DATOS CLÍNICOS: (Aporte información sobre la discapacidad y la prestación que se está solicitando, en letra clara y legible)

Datos que permiten obtener y registrar información sobre el funcionamiento y la discapacidad de la persona (criterios aplicados en la CIF- Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud).

DEFICIENCIA DE LAS FUNCIONES CORPORALES

b1	Funciones mentales	
b2	Funciones sensoriales y dolor	
b3	Funciones de la voz y el habla	
b4	Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio	
b5	Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino	
b6	Funciones genitourinarias y reproductoras	
b7	Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento	
b8	Funciones de la piel y estructura relacionadas	

CRITERIOS CALIFICADOR: NO hay =O, LIGERA =1, MODERADA =2, GRAVE =3, COMPLETA =4, SIN especificar =8, NO APLICA =9.

Banco de Previsión Social

Dirección Técnica de Prestaciones
Gerencia Prestaciones de Salud

LIMITACIONES DE LA ACTIVIDAD Y RESTRICCIONES DE LA PARTICIPACIÓN

d1	Aprendizaje y aplicación del conocimiento	
d3	Comunicación	
d4	Movilidad	
d5	Autocuidado	
d6	Vida doméstica	
d7	Interacciones y relaciones interpersonales	
d8	Áreas principales de la vida	

CRITERIOS CALIFICADOR: NO hay =O, LIGERA =1, MODERADA =2, GRAVE =3, COMPLETA =4, SIN especificar =8, NO APLICA =9.

AYUDA EXTRAORDINARIA SOLICITADA:

Psicopedagogía / Mtra. Especializada	
Fisioterapia	
Fonoaudiología	
Hidroterapia	
Hogar	

Psicología	
Psicomotricidad	
Terapia ocupacional	
Talleres	
Educativo Específico	
Educativo con Integración	

Timbre Profesional

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE .....

CONTRAFIRMA .....

N° DE CAJA PROFESIONAL .....

COMPLETA Y RECIBE FUNCIONARIO DE BPS:

Nº Func. .....

Fecha .....

BORRAR DATOS IMPRIMIR

Todos los campos son obligatorios y en letra clara y legible.