Instituto de Seguridad Social

Gerencia Prestaciones de Salud

AYUDA EXTRAORDINARIA - EVALUACIÓN TÉCNICA

TIPO DE TRÁMITE

PRIMERA VEZ	
RENOVACIÓN	
CAMBIO DE TRATAMIENTO	

DATOS DEL USUARIO

NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
DEPARTAMENTO	**LOCALIDAD**
TELÉFONO	**PRESTADOR DE SALUD**

INFORMACION CLÍNICA (Aportar información clínica que justifique la necesidad de los tratamientos)

EVOLUCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS (Completar solo en caso de renovación o cambio de tratamiento)

SOLICITUD DE AYUDA EXTRAORDINARIA (Indicar los dos tratamientos que actualmente tienen mayor prioridad)

FONOAUDIOLOGÍA	
PSICOMOTRICIDAD	
PSICOPEDAGOGÍA	
PSICOLOGÍA	
TERAPIA OCUPACIONAL	
FISIOTERAPIA	

HIDROTERAPIA	
TALLERES	
EDUCATIVO	
HOGAR	
TRANSPORTE / BOLETOS	

Firma médico tratante .....

Aclaración: .....

Nro caja profesional: .....

Fecha .....

Timbre Profesional

Recibido Func.BPS .....

BORRAR DATOS

IMPRIMIR