

**TIPO DE TRÁMITE**

PRIMERA VEZ	<input type="checkbox"/>
RENOVACIÓN	<input type="checkbox"/>
CAMBIO DE TRATAMIENTO	<input type="checkbox"/>

**DATOS DEL USUARIO**

<b>NOMBRE Y APELLIDO</b>	<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>
<b>DEPARTAMENTO</b>	<b>LOCALIDAD</b>
<b>TELÉFONO</b>	<b>PRESTADOR DE SALUD</b>

**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**

FONOAUDILOGÍA	<input type="checkbox"/>
PSICOMOTRICIDAD	<input type="checkbox"/>
PSICOPEDAGOGÍA	<input type="checkbox"/>
PSICOLOGÍA	<input type="checkbox"/>
TERAPIA OCUPACIONAL	<input type="checkbox"/>
FISIOTERAPIA	<input type="checkbox"/>

HIDROTERAPIA	<input type="checkbox"/>
TALLERES	<input type="checkbox"/>
EDUCATIVO	<input type="checkbox"/>
HOGAR	<input type="checkbox"/>
TRANSPORTE / BOLETOS	<input type="checkbox"/>

Firma médico tratante .....

Aclaración: .....

Nro caja profesional: .....

Fecha .....

Timbre Profesional

**Recibido**  
**Func.BPS** .....