

**DIRECCIÓN TÉCNICA DE PRESTACIONES  
PRESTACIONES DE SALUD**

**SOLICITUD EVALUACIÓN AYEX**

**Fecha:**...../...../.....

<b>Instituto</b>	
------------------	--

<b>Transporte</b>	
-------------------	--

<b>Boletos</b>	
----------------	--

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

**DIAGNÓSTICO CIE10:**

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


**DATOS CLÍNICOS:** (Que 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**

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

**CRITERIOS CALIFICADOR:** NO hay =0, LIGERA =1, MODERADA =2, GRAVE =3, COMPLETA =4, SIN especificar =8, NO APLICA =9.

**LIMITACIONES DE LA ACTIVIDAD Y RESTRICCIONES DE LA PARTICIPACIÓN**

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

**CRITERIOS CALIFICADOR:** NO hay =0, LIGERA =1, MODERADA =2, GRAVE =3, COMPLETA =4, SIN especificar =8, NO APLICA =9.

**AYUDA EXTRAORDINARIA SOLICITADA:**

Psicopedagogía	
Maestra especializada	
Fisioterapia	
Fonoaudiología	
Hidroterapia	
Hogar	

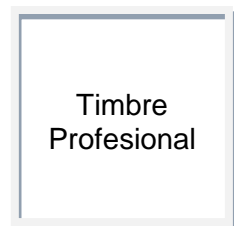
Psicología*	
Psicomotricidad	
Terapia ocupacional	
Talleres	
Educativo Especifico	
Educativo con Integración	

\*Psicología en apoyo del resto de los tratamientos no en forma exclusiva

**FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE** \_\_\_\_\_

**CONTRAFIRMA** \_\_\_\_\_

**N° DE CAJA PROFESIONAL** \_\_\_\_\_



Debe agregar sello del profesional.

**RECIBIDO POR FUNCIONARIO DE BPS:**

Nro. Func: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_