

**EVALUACIÓN TÉCNICA
RENOVACIÓN / CAMBIO DE TRATAMIENTO**

Fecha	
-------	--

Marcar la opción que corresponda

Renovación	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

Cambio de Tratamiento	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------

Agregar Tratamiento	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------

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

--

DESCRIPCIÓN DE EVOLUCIÓN

SE RECIBEN INFORMES SOBRE LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE	SI	NO

CALIFICACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE	NINGUNA	LEVE	MODERADA	COMPLETA

ÁREAS DE MEJORÍA	MOTRIZ	INTELECTUAL	FONOAUDIOLÓGICA	VINCULAR	TODAS

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

AYUDA EXTRAORDINARIA:

TRATAMIENTOS	
Fisioterapia	
Fonoaudiología	
Hidroterapia	
Psicología	
Psicomotricidad	
Psicopedagogía / Mtra. Especializada	
Terapia Ocupacional	

TALLERES	
Talleres	

EDUCATIVOS	
Educativo con Integración	
Educativo Específico	

OTROS	
Hogar	
Transporte	
Boletos	

OTRA INFORMACIÓN QUE CONSIDERE IMPORTANTE:

Timbre Profesional

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

CONTRAFIRMA

Nº DE CAJA PROFESIONAL

COMPLETA Y RECIBE FUNCIONARIO DE BPS:

Nº Func.

Fecha