

RENOVACIÓN / CAMBIO DE EVALUACIÓN AYEX

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

Marcar con una x lo 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	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)

DESCRIPCIÓN DE EVOLUCIÓN:

SE RECIBEN INFORMES SOBRE LA EVOLUCION DEL PACIENTE	SI	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CALIFICACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE	NINGUNA	LEVE	MODERADA	COMPLETA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÁREAS DE MEJORÍA	MOTRIZ	INTELECTUAL	FONOAUDIOLÓGICA	VINCULAR	TODAS
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OTRA INFORMACIÓN QUE CONSIDERE IMPORTANTE: (Letra clara y legible)

AYUDA EXTRAORDINARIA:

	ANTERIOR	RENOVACIÓN
Fisioterapia		
Fonoaudiología		
Hidroterapia		
Psicología*		
Psicomotricidad		
Psicopedagogía		
Maestra especializada		
Terapia Ocupacional		

*Psicología en apoyo del resto de los tratamientos

TALLERES	ANTERIOR	RENOVACIÓN
Talleres		

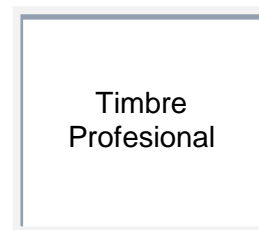
EDUCATIVOS	ANTERIOR	RENOVACIÓN
Educativo con Integración		
Educativo Específico		

OTROS	ANTERIOR	RENOVACIÓN
Hogar		
Transporte		
Boletos		

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE _____

CONTRAFIRMA _____

N° DE CAJA PROFESIONAL _____



Debe agregar sello del profesional.

RECIBIDO POR FUNCIONARIO DE BPS:

Nro. Func: _____ Fecha: _____