

“2025 - Año de la Protección Integral para Niñas, Niños y Adolescentes y la Lucha contra el Abuso, la Violencia en Todas sus Formas, los Ciberdelitos, por la Accesibilidad Digital para Personas con Discapacidad y la Contribución de las Cooperativas a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como la Concientización y Promoción de la Funga Misionera”.

HISTORIA CLINICA.

AFILIADO o (en caso de Discapacidad con DISCAPACIDAD NATURAL o ADQUIRIDA).

APELLIDO: _____

NOMBRES: _____

DNI: _____

IPSM N° (CARNET): _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ - EDAD: ____

DIAGNOSTICO:

1- RESÚMEN HISTORIA CLÍNICA

2- EVOLUCIÓN

“2025 - Año de la Protección Integral para Niñas, Niños y Adolescentes y la Lucha contra el Abuso, la Violencia en Todas sus Formas, los Ciberdelitos, por la Accesibilidad Digital para Personas con Discapacidad y la Contribución de las Cooperativas a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como la Concientización y Promoción de la Funga Misionera”.

HISTORIA CLINICA

AFILIADO con DISCAPACIDAD NATURAL o ADQUIRIDA

3- PRESTACIONES DE REHABILITACION

PRESTACIONES DE REHABILITACION PSICOFISICAS SOLICITADAS.

(Consignar cantidad de sesiones semanales):

ESTIMULACION TEMPRANA (Hasta 6 años)		Sesiones por semana
TERAPIA OCUPACIONAL		Sesiones por semana
KINESIOLOGIA		Sesiones por semana
FONOAUDIOLOGIA		Sesiones por semana
PSICOPEDAGOGIA		Sesiones por semana
PSICOLOGIA		Sesiones por semana
PSICOMOTRICIDAD		Sesiones por semana
HIDROTERAPIA		Sesiones por semana
MUSICOTERAPIA		Sesiones por semana
EQUINOTERAPIA		Sesiones por semana
Módulo de apoyo a la INTEGRACIÓN ESCOLAR		Horas semanales
ACOMPañANTE TERAPEUTICO		Horas semanales
CUOTA ESCOLAR		
TRANSPORTE (únicamente en los casos que figure en el CUD en el apartado “Orientación Prestacional”)		Kilómetros por semana

- Inclusión por hora: en los casos en que el beneficiario reciba apoyo parcial, el tope será de 30 horas reloj mensual.
- Inclusión por módulo completo: el apoyo a la inclusión educativa será por más de 30 horas mensuales.

“2025 - Año de la Protección Integral para Niñas, Niños y Adolescentes y la Lucha contra el Abuso, la Violencia en Todas sus Formas, los Ciberdelitos, por la Accesibilidad Digital para Personas con Discapacidad y la Contribución de las Cooperativas a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como la Concientización y Promoción de la Funga Misionera”.

HISTORIA CLINICA

AFILIADO con DISCAPACIDAD NATURAL o ADQUIRIDA

4- TRATAMIENTO (MEDICAMENTOS, COMPLEMENTOS y/o SUPLEMENTOS DIETARIOS y ELEMENTOS PROTESICOS y/u ORTESICOS)

MEDICACION

(Prescribir por Denominación Genérica Internacional – D.G.I)

- 1) _____ mg (cantidad de comprimidos, u otra presentación x mes)
- 2) _____ mg (ídem)
- 3) _____ mg (ídem)
- 4) _____ mg (ídem)
- 5) _____ mg (ídem)
- 6) _____ mg (ídem)
- 7) _____ mg (ídem)
- 8) _____ mg (ídem)
- 9) _____ mg (ídem)
- 10) _____ mg (ídem)

ELEMENTOS PROTESICOS y/u ORTESICOS

- 1) _____

- 2) _____

- 3) _____

- 4) _____

(Lugar y Fecha)

_____, ____ / ____ / _____

Firma y Sello del Profesional

Observación: La planilla de HISTORIA CLÍNICA tiene validez por 1 (un) año a partir de la fecha de Emisión por el Médico.

“2025 - Año de la Protección Integral para Niñas, Niños y Adolescentes y la Lucha contra el Abuso, la Violencia en Todas sus Formas, los Ciberdelitos, por la Accesibilidad Digital para Personas con Discapacidad y la Contribución de las Cooperativas a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como la Concientización y Promoción de la Funga Misionera”.

ANEXO V

INDICACION DE NECESIDAD DE DOCENTE INTEGRADOR

Por la presente se solicita que el alumno/a:

APELLIDO.....

NOMBRES.....

DNI N°..... EDADaños.

CURSO.....

Concurra al establecimiento educativo con asistencia/apoyo de un DOCENTE INTEGRADOR.

Cantidad de horas semanales requeridas..... horas.

Fecha:

Firma y Sello.
Director/a del Establecimiento Educativo.

Firma y Sello.
Profesional Psicopedagogo Clínico

“2025 - Año de la Protección Integral para Niñas, Niños y Adolescentes y la Lucha contra el Abuso, la Violencia en Todas sus Formas, los Ciberdelitos, por la Accesibilidad Digital para Personas con Discapacidad y la Contribución de las Cooperativas a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como la Concientización y Promoción de la Funga Misionera”.

ANEXO VII

PLANILLA DE ASISTENCIA PROFESIONAL INTEGRADOR

APELLIDO y NOMBRE:.....
 DNI N°:..... EDAD:.....años.
 GRADO/CURSO:.....
 PERÍODO FACTURADO:.....
 PROFESIONAL INTEGRADOR:
 TELEFONO DEL PROFESIONAL:.....
 C.U.I.T N°:.....
 ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO:.....

Día	Fecha	Hs. Inicio	Hs. Finalización	Cantidad Hs. Diaria	FIRMA TUTOR
1					
2					
3					
4					
5					
TOTAL HS. SEMANALES					
1					
2					
3					
4					
5					
TOTAL HS. SEMANALES					
1					
2					
3					
4					
5					
TOTAL HS. SEMANALES					
1					
2					
3					
4					
5					
TOTAL HS. SEMANALES					
TOTAL DE HS MENSUALES					

.....
Firma y Sello
Profesional Integrador

.....
Firma y Sello
Institución Educativa

Presentar Original

“2025 - Año de la Protección Integral para Niñas, Niños y Adolescentes y la Lucha contra el Abuso, la Violencia en Todas sus Formas, los Ciberdelitos, por la Accesibilidad Digital para Personas con Discapacidad y la Contribución de las Cooperativas a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como la Concientización y Promoción de la Funga Misionera”.

ANEXO VI

PLANILLA DE ASISTENCIA PROFESIONAL

APELLIDO y NOMBRE:.....
 DNI N°:..... EDAD:.....años.
 CURSO:.....
 PERÍODO FACTURADO:.....
 PROFESIONAL INTERVINIENTE:
 ESPECIALIDAD:.....C.U.I.T:.....
 DIRECCIÓN DONDE REALIZA LA PRESTACIÓN:.....
 LOCALIDAD:
 CORREO ELECTRÓNICO:.....TELÉFONO:.....

Día	Fecha	Hora de inicio	Hs. De Finalización	Firma Tutor
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
10				
11				
12				

PRESENTAR PLANILLA ORIGINAL

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL