

## PLANILLA DE TERAPIA OCUPACIONAL

La presente planilla deberá ser confeccionada por el terapeuta ocupacional. La misma se deberá adjuntar con la documentación <sup>(1)</sup> al iniciar el trámite correspondiente.

Consignar los datos requeridos con letra clara. La falta de cualquier ítem podrá ser motivo de rechazo.

### Datos del afiliado

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ N° de Afiliado: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Datos del Prestador:

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

N°CUIT: \_\_\_\_\_ N° de matrícula: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Motivo de la consulta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**Prestación Solicitada:** (marcar con x según corresponda)

- Evaluación Diagnóstica
- Tratamiento a corto plazo
- Tratamiento mediano plazo
- Tratamiento a largo plazo
- Evaluación de extensión

**Desde:** mes..... año..... **Hasta:** mes..... año.....

**Frecuencia:** (marcar con x según corresponda)

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

(Indicar sesiones grupales en caso de corresponder): \_\_\_\_\_

Período de interrupción del tratamiento (si lo hubiere): \_\_\_\_\_

**Otras prestaciones solicitadas y/o autorizadas: (marcar con x según corresponda)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Escuela Especial             | <input type="checkbox"/> Fonoaudiología                   |
| <input type="checkbox"/> Centro Educativo Terapéutico | <input type="checkbox"/> Musicoterapia                    |
| <input type="checkbox"/> Acompañante Terapéutico      | <input type="checkbox"/> Módulo de apoyo a la integración |
| <input type="checkbox"/> Psicología                   | <input type="checkbox"/> Psicopedagogía                   |
| <input type="checkbox"/> Otras _____                  |   |

**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del profesional

\_\_\_\_\_  
Nº de Matrícula de Salud o  
Nº de Registro Provincial

**Consentimiento**

Declaro que la información proporcionada reviste de carácter de declaración jurada, contando con la conformidad del beneficiario y/o familiar responsable y/o tutor para brindar la asistencia informada.

\_\_\_\_\_  
Firma del titular/familiar/tutor

\_\_\_\_\_  
Aclaración y DNI

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del profesional

\_\_\_\_\_  
Aclaración y DNI