



Resolución C.D. N°007/2014 Anexo II  
**PROTOCOLO ANUAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD AÑO 20**  
**Consentimiento de las Prestaciones Brindadas**  
(por titular de S.O.S.U.N.C.)

**Fecha de vencimiento certificado:** \_\_\_\_\_

El presente protocolo es de carácter obligatorio para todas las personas afiliadas a SOSUNC con Discapacidad Certificada conforme a lo establecido en el art. 10 de la Ley 24901.

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Afiliado nro: . \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

**Situación Familiar – Ambiental:**

Familiar a cargo: \_\_\_\_\_

Se encuentra en internación domiciliaria: \_\_\_\_\_

Domicilio (condiciones edilicias, escaleras, ascensor, planta baja): \_\_\_\_\_

Diagnóstico y Etiología de la Discapacidad: \_\_\_\_\_

Tratamientos y Terapias a realizar durante el año 2017 (según lo establece el Sistema Unificado de Prestaciones Básicas en habilitación y rehabilitación a favor de las Personas con Discapacidad, especificar frecuencia semanal)\_

Centro y/o Consultorio del Prestador habilitado por CO.NA.DIS y según Res. 1328/2006.	Prestación / Especialidad (Res. 383/2004 de la SSSalud).	Domicilio de la prestación.	Cantidad de sesiones Mensuales.	Cronograma de asistencia.

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente:

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_