

# PLAN DISCAPACIDAD

## Declaración Jurada Anual

Protocolo médico | Resolución 005/2022



Todos los campos de este formulario son obligatorios

Hoja  
1/2

### 1 COMPLETAR ÚNICAMENTE POR MÉDICO/A ESPECIALISTA

Apellido y nombre del beneficiario/paciente: \_\_\_\_\_

Diagnóstico de discapacidad según CUD: \_\_\_\_\_

TERAPIAS DE SALUD QUE PRESCRIBE		Nº SESIONES POR MES
<i>Según lo establece el Sistema Unificado de Prestaciones Básicas en habilitación y rehabilitación a favor de las Personas con Discapacidad</i>		
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

### MEDICACIÓN A PRESCRIBIR

Según lo especificado en las patologías declaradas en el CUD en el corriente año.

Cobertura de medicación: SI  NO

MONODROGA	MARCA COMERCIAL SUGERIDA	DOSIS Y FRECUENCIA
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**LUGAR Y FECHA**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO/A ESPECIALISTA**

### DICTAMEN DE AUDITORÍA MÉDICA Y/O SALUD MENTAL DE SOSUNC

Recepción:

Lugar: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE QUIEN RECIBE

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO/A AUDITOR

## Consentimiento de las prestaciones brindadas

### 2 COMPLETAR POR TITULAR DE SOSUNC

#### DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Afiliado/a N°: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Vencimiento de Certificado: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
Domicilio legal: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
¿Posee otra obra social? SI  NO  ¿Cuál?: \_\_\_\_\_  
Situación Familiar: Responsable o tutor/a: \_\_\_\_\_

#### DATOS DEL TITULAR

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_ Afiliado/a N°: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DE COBERTURA

Renovación de cobertura: SI  NO

Diagnóstico de discapacidad según CUD: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CENTRO DE SALUD, CONSULTORIO O PRESTADOR/A	TERAPIA	CRONOGRAMA DE ASISTENCIA	SESIONES MENSUALES	DOMICILIO DE LA PRESTACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Por la presente, dejo constancia de mi consentimiento al programa de presentaciones descrito precedentemente.

- LA RENOVACIÓN DE ESTA PRESCRIPCIÓN ES ANUAL, CON ANTERIORIDAD NO MENOR A 30 DÍAS DEL VENCIMIENTO DE LA COBERTURA.
- LA AUTORIZACIÓN DE ESTA PRESCRIPCIÓN ESTÁ SUJETA A EVALUACIÓN DE LA AUDITORÍA MÉDICA. NO DEBEN INICIARSE LAS TERAPIAS HASTA TENER AUTORIZADO EL PRESENTE PROTOCOLO.
- LOS CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL TRASCURSO DEL PERÍODO AUTORIZADO DEBEN NOTIFICARSE MEDIANTE PEDIDO MÉDICO DEL ESPECIALISTA, INDICANDO MOTIVOS.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TITULAR

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA