

ANTECEDENTES DE SALUD (Declaración Jurada)

Nombre y Apellido del Discapacitado:.....

DNI:..... LE:..... LC:..... N°:.....

Patología Invalidante (o código CIE-10):

Fecha de inicio del daño:

Mes	Año

Otras Patologías:

Tipo de Discapacidad: (marcar con una cruz)

	Congenita	Adquirida
Mental		
Auditiva		
Visual		
Motora		
Visceral		

Prestaciones que recibe actualmente:

Hospital de Día	
Centro de Día	
Estimulación Temprana	
Prestaciones Educativas	
Formac. Laboral y /o Prestacional	
Hogar	
Residencia	
Pequeño Hogar	

Transporte:

Público	Privado

Rehabilitación:

Kinesica	
Psicológica	
Fonoaudiologica	
Psicopedagogica	
Otras	

Utiliza Equipamiento

Silla de Ruedas	Andadores	
Bastones	Audifonos	
Ortesis	Prótesis	
Ayuda Optica	Otros	

Medicación

Nombre Comercial	Droga

.....
Firma del Medico Tratante

Paraná, (fecha)

A llenar por el afiliado:

1- ¿Tiene otra obra social?

SI	No

2- ¿Recibe Prestaciones o ayuda de otras instituciones?

SI	NO

¿Cual?.....¿Cual?.....

2- ¿Trabaja?

SI	NO	JUBILADO

¿Donde?.....

.....
Firma afiliado y/o tutor

Paraná, (fecha)