HOGARES / RESIDENCIAS CATEGORIZADOS.

La presentación de la solicitud debe realizarse con un plazo de antelación de, por lo menos, 60 dias previos al inicio de la prestación requerida, dado que es el tiempo estimado del análisis y posterior autorización.

Se autorizarán las prestaciones según fecha de envió del legajo completo.
Para poder solicitar la autorización de alguna de estas prestaciones, deberá presentar, de manera excluyente, la siguiente documentación en formato PDF unificado.

1. Actualización de datos del afiliado (PAGINA 2)
2. Prescripción médica – hogar categorizado. Debe estar confeccionada por el médico tratante que realizo el resumen de historia clínica. Indicando fecha de emisión (debe ser anterior al periodo solicitado), nombre y apellido, DNI, edad, diagnostico, tipo de jornada. Debe presentarse año calendario. Ej: (marzo a dic 2027) (PAGINA 3)
3. Resumen de historia clínica (PAGINA 4)
4. CUD vigente
5. Plan de actividades con presupuesto.
6. Habilitación vigente
7. Categorización del servicio expedida por ANDIS / secretaria de discapacidad.
8. Informe socioambiental que avale la necesidad, emitido por licenciado en trabajo social que no pertenezca a la institución.
9. Tabla FIM: presentar en caso de solicitar la dependencia, indicando la misma en prescripción médica y resumen de historia clínica.

GALENO

ACTUALIZACION DE DATOS DEL AFILIADO.

Datos del afiliado al que se le brindara la prestación:

Nombre y apellido: _____
DNI: _____Fecha de nacimiento: _____
N° de socio: _____
Dirección: _____
N° _____ Piso: _____ Dpto: _____
Localidad: _____ Provincia: _____
Tel celular: _____ Tel alternativo: _____
E-mail: _____

Obra social: ☐ Particular directo: ☐

Datos del afiliado titular:
Nombre y apellido: _____
DNI: _____
E-mail: _____
Teléfono de contacto: _____

Firma del socio o responsable: _____
Aclaración: _____
DNI: _____

PRESCRIPCION MEDICA – HOGARES.

FECHA: ____/_____/____

Nombre y apellido:_____
DNI: _____Edad:_____.
Diagnostico:_____
_____
_____
Prestacion:_____
Dependencia: SI ☐ NO ☐
Periodo: desde:_____/_____/_____hasta:____/_____/_____.

_____
Firma y sello del médico tratante.

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA.

Nombre y apellido: _____
Fecha de nacimiento: _____ DNI: _____
Domicilio: _____
Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado:
_____

ANTECEDENTES: (incluir las intervenciones terapéuticas y / o educativas previas. Asimismo, se solicita describir la evolución del tratamiento en el último año)

_____
_____
_____
_____
_____

ESTADO ACTUAL: (el mismo, debe justificar y respaldar los tratamientos solicitados, evaluando los aspectos o dimensiones acordes al diagnóstico y al plan terapéutico)

_____
_____
_____
_____
_____

PLAN TERAPEUTICO Y FARMACOLOGICO (SI LO HAY)

_____
_____
_____
_____
_____

Firma del medico tratante: _____
Aclaración: _____
Fecha de emisión: _____