

Este formulario lo completa la delegación a la que pertenece el beneficiario. **Realizar uno solo con todas las prestaciones indicadas por el médico tratante durante el período en curso.** Se requieren todos los puntos indicados en el formulario. Los domicilios deben indicarse con localidad y provincia, y los teléfonos con código de área. Siempre que el beneficiario esté escolarizado, completar los datos correspondientes, solicite o no prestaciones educativas. Si durante el período se suman prestaciones, agregarlas.

DATOS IDENTIFICATORIOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre del Beneficiario			N° S.S. OSFATLyF
Fecha Nacimiento	Edad	Teléfono (con cód.de area)	CUIL
Domicilio completo (calle y altura)		Localidad	Provincia
Nombre y Apellido de madre / padre / tutor o encargado del afiliado			Vínculo
¿Está escolarizado?	☐ Si	☐ No	

Solo si está escolarizado:

	Tipo de escuela:	☐ común		
Institución		☐ Especial	Grado / Año	Horario de cursada

DIAGNÓSTICO CUD

PLAN TERAPEUTICO: CRONOGRAMA DE PRESTACIONES SOLICITADAS COMPLETO

Prestación ↓	Prestador ↓	Período de solicitud (mes y año) ↓ _____ hasta _____
		Cronograma de atención (días y horarios) ↓
Domicilio completo de atención →		
Prestación	Prestador	Período de solicitud (mes y año) _____ hasta _____
		Cronograma de atención (días y horarios)
Domicilio completo de atención		
Prestación	Prestador	Período de solicitud (mes y año) _____ hasta _____
		Cronograma de atención (días y horarios)
Domicilio completo de atención		
Prestación	Prestador	Período de solicitud (mes y año) _____ hasta _____
		Cronograma de atención (días y horarios)
Domicilio completo de atención		

Prestación		Prestador	Período de solicitud (mes y año)	
			_____ hasta _____	
			Cronograma de atención (días y horarios)	
Domicilio completo de atención				
Prestación		Prestador	Período de solicitud (mes y año)	
			_____ hasta _____	
			Cronograma de atención (días y horarios)	
Domicilio completo de atención				
Prestación		Prestador	Período de solicitud (mes y año)	
			_____ hasta _____	
			Cronograma de atención (días y horarios)	
Domicilio completo de atención				

CRONOGRAMA DE TRASLADOS		
Prestación de destino ↓	Domicilio completo de partida ↓	Cronograma de traslado (días y horarios) ↓
Km. por día ↓	Domicilio completo de destino ↓	Período de solicitud (mes y año) ↓
		_____ hasta _____
Prestación de destino	Domicilio completo de partida	Cronograma de traslado (días y horarios)
Km. por día	Domicilio completo de destino	Período de solicitud (mes y año)
		_____ hasta _____
Prestación de destino	Domicilio completo de partida	Cronograma de traslado (días y horarios)
Km. por día	Domicilio completo de destino	Período de solicitud (mes y año)
		_____ hasta _____
Prestación de destino	Domicilio completo de partida	Cronograma de traslado (días y horarios)
Km. por día	Domicilio completo de destino	Período de solicitud (mes y año)
		_____ hasta _____
Prestación de destino	Domicilio completo de partida	Cronograma de traslado (días y horarios)
Km. por día	Domicilio completo de destino	Período de solicitud (mes y año)
		_____ hasta _____

De ser necesario, adjuntar hoja con información o cronograma adicional.

Fecha (día, mes, año)

Firma y aclaración del empleado administrativo de la delegación

Firma y sello del médico auditor