

ANEXO IV
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

1. MOTIVO DE LA SOLICITUD

Categorización		Recategorización (*)		Modificación de Cupo	
----------------	--	----------------------	--	----------------------	--

(*) En caso de solicitar recategorización deberá indicar:

Autoridad que lo categorizó	
Fecha de categorización	
Prestación categorizada	
Categoría otorgada	

2. RAZÓN SOCIAL

--

3. DOMICILIO LEGAL

Calle	
Localidad	
Provincia	
Código postal	

4. NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO A CATEGORIZAR

--

5. DOMICILIO DE LA PRESTACIÓN

Calle	
Localidad	
Provincia	
Código postal	

6. REPRESENTANTE LEGAL

--

7. TIPO DE ESTABLECIMIENTO:

Consultorio: Gabinete		Clinica	
Centro Especializado		Sanatorio	
Instituto Especializado		Hospital	
Otros (*)			

(*)Especificar:

8. NIVEL DE CATEGORIZACIÓN SOLICITADO

SERVICIOS QUE BRINDA (*)	I NIVEL	II NIVEL	III NIVEL	ESTABLECIMIENTO EN AISLAMIENTO GEOGRÁFICO
Consulta Médica en Rehabilitación				
Terapia Física				
Psicología				
Psicopedagogía				
Terapia Ocupacional				
Fonoaudiología				
Internación para Rehabilitación				
Hospital de Día (fisiátrica)				

(*) Agregar en los espacios en blanco los tipos de servicios que brinda que no se han incluido en la lista

9. INDICAR SI HA TENIDO CATEGORIZACIÓN PREVIA (PRESTACIÓN Y CATEGORÍA):

--

Fecha _____

Firma del interesado _____

Aclaración _____

D.N.I. / L.C./L.E./ C.I. N°- _____