Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación
Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios
Subsecretaría de Salud Comunitaria
Dirección Nacional de Prestaciones Medicas

Incluir Salud

ANEXO 6 CHECK LIST POR MODALIDAD
a) CENTRO DE DÍA(CD) – CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO (CET) – APRESTAMIENTO LABORAL (AL)

N° Expediente[1]	**E**	**-**	**1**	**2**	**0**	**0**	**2**	**-**	**0**	**8**	**3**	**8**							**-**			**-**	

Prestador		**N° Prestador[2]**					**Cat:**

BENEFICIARIO								**DNI N°**											
Apellido y Nombres																			
N° beneficio	4	0	-	5	-											GP			
Fecha de Nacimiento									Género				Tel:						

Certificación de afiliado al PFIS	
Nota del Afiliado o familiar responsable solicitando la prestación y el Transporte en el caso que así lo requiera.[3]	
Fotocopia de la Orden de Pago Provisional (OPP).	
Fotocopia del documento de identidad del Beneficiario.	
Fotocopia del certificado oficial de discapacidad.[3]	
Resumen de Historia Clínica confeccionada por médico de cabecera.	
Informe Social confeccionado por Trabajador Social matriculado.	
Reserva de vacante indicando tipo de prestación y modalidad.	
Informe que incluya: Nivel Cognitivo, Comunicación, Juego, Desarrollo socio- afectivo, desarrollo motor.	
Reseña de abordajes anteriores (terapéuticos y/o pedagógicos).	
Proyecto de Trabajo Individual, con objetivos propuestos por la Institución para el beneficiario.	
Medida de Independencia Funcional (FIM) (Anexo 7), de corresponder	
Por transporte ver Anexo 6- h): Requisitos generales para Transporte	

LOS DATOS DECLARADOS EN LA PRESENTE TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA Y SE HALLAN SUJETOS A AUDITORIA	
	Firma y sello del responsable institucional

1: A ser completado por APM PFIS 2: Según número otorgado por PFIS

3: Remitir copia scaneada a APM PFIS