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) MODULO REHABILITACION (MR)

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 familiar responsable solicitando la prestación y el Transporte en el caso que así lo requiera.[3]	
En el caso que se solicite internación para beneficiario mayor de edad con discapacidad mental se deberá presentar una fotocopia de la curatela a nombre del solicitante .[3]	
En el caso que se solicite internación para beneficiario mayor de edad con discapacidad mental se deberá presentar una fotocopia de la curatela.	
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.	
Evaluación por médico especialista en rehabilitación considerando criterios de recuperabilidad, expectativas de logro y tiempo de tratamiento.	
Reseña de abordajes anteriores (terapéuticos y/o pedagógicos).	
Planificación terapéutica de cada área, con evaluación previa y post intervención (en caso de solicitud para continuidad de tratamiento).	
Medida de Independencia Funcional (FIM) (Anexo 7)	
Por transporte ver Anexo 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