

Ingreso a la modalidad de HOGAR ASOCIADO

Esta planilla deberá ser completada por personal Directivo de la Institución. Los datos consignados tendrán carácter de declaración jurada

1. MODALIDAD SOLICITADA: _____ **FECHA:** _____

2. DATOS DE LA INSTITUCIÓN /

2.1. Denominación: _____

2.2. Domicilio: _____ 2.3. Localidad: _____

2.4. Teléfono: _____

3. DATOS DEL AFILIADO /

3.1. Apellido y nombres: _____

3.2. Afiliado N°: _____ 3.3. Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

3.4. Fecha de ingreso: ____ / ____ / ____

3.5. Motivo determinante de la internación: 3.5.1. Orden Judicial (Adjuntar fotocopia)
 3.5.2. Solicitud familiar
 3.5.3. Derivación. Especificar
 3.5.4. Otros. Especificar

4. DIAGNÓSTICO / _____**5. ANTECEDENTES INSTITUCIONALES /**

5.1. Concurrencia a Estimulación Temprana

5.2. Concurrencia a Educación Especial:

| | Motivo de baja | Fecha |
|-------------------|----------------|-------|
| Educación Inicial | | |
| EGB | | |
| Formación Laboral | | |

5.3. Concurrencia a otras modalidades y/o instituciones: _____

5.4. Prestaciones brindadas en otros servicios: (Rehabilitación, Psicopedagogía, Clínicas Psiquiátricas, Foniatría, etc.)

6. DETALLE PRESTACIONAL POR ÁREAS /

6.1. Area psicológica

6.1.1. Apellido y nombre del profesional: _____

6.1.2. Matr. N°: _____

6.1.3. Posibilidades de abordaje SI NO

6.1.4. Técnica de intervención: _____

6.1.5. Objetivos: _____

6.1.6. Frecuencia de atención: _____

6.2. Área fonoaudiológica

6.2.1. Apellido y nombre del profesional: _____

6.2.2. Matr. N°: _____

6.2.3. Frecuencia de control al beneficiario: (Especificar días y horarios) _____

6.3. Terapia Ocupacional (Marcar con una X según corresponda)

6.3.1. Apellido y nombre del profesional: _____

6.3.2. Matr. N°: _____

6.3.3.

| | solo | con ayuda | dependiente |
|------------------|------|-----------|-------------|
| Higiene personal | | | |
| Vestimenta | | | |
| Desplazamiento | | | |
| Alimentación | | | |

6.3.4. Características de la comunicación: _____

6.3.5. Ayudas técnicas SI NO

¿Cuáles? _____

6.4. Talleres: (Consigne los talleres en los que participa) _____

6.5. Area Médica: _____

6.5.1. Apellido y nombre del profesional: _____

6.5.2. Matr. N°: _____

6.5.3. Frecuencia del control: _____

6.5.4. Tipo de intervención: _____

6.5.5. Recibe medicación: SI NO

6.5.6. Consignar los medicamentos que consume y dosis diaria: _____

6.6. Área Social. Abordaje familiar:

6.6.1. Frecuencia: _____

6.6.2. Profesionales que intervienen: _____

6.6.3. Familiares que participan: _____

6.6.4. Ubique la problemática fundamental de intervención: _____

6.6.5. Consigne lo referido por la familia sobre la internación: _____

6.6.6. Actividades sociales extra institucionales, relaciones con la comunidad: _____

7. PRONÓSTICO DE EGRESO / _____

8. VINCULACIÓN FAMILIAR /

8.1. Visitas familiares SI Frecuencia: _____ NO

8.2. Es retirado de la institución:

1. NO

2. SI Los fines de semana En receso invernal En receso estival Otros

9. FAMILIAR RESPONSABLE / _____

9.1. Domicilio: _____

9.2. Localidad: _____

9.3. Teléfono: _____

Firma y aclaración

Firma y aclaración de los responsables de la institución: _____

NOTA: Como requisito indispensable para acceder a la prestación, las instituciones deberán adjuntar las habilitaciones específicas de jurisdicción provincial y/o Nacional que posean (uno por institución).