

ANEXO 6 CHECK LIST POR MODALIDAD																			
b) ESTIMULACIÓN TEMPRANA (ET)																			
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																			
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, frecuencia semanal y áreas de terapia.																			
Evaluación por médico especialista considerando criterios de recuperabilidad, expectativas de logro y tiempo de tratamiento.																			
Reseña de abordajes anteriores (terapéuticos y/o pedagógicos).																			
Planificación terapéutica de cada área elaborada por terapeutas especialistas en estimulación temprana, con evaluación previa y post intervención (en caso de solicitud para continuidad de tratamiento).																			
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																			
1: A ser completado por APM PFIS										2: Según número otorgado por PFIS									
3: Remitar copia scaneada a APM PFIS																			