

ESTIMULACIÓN TEMPRANA - (desde los 0 a 48 meses)*		<input checked="" type="checkbox"/>
Orden médica: indicar la cantidad de sesiones y el período en que solicitan la cobertura	Formulario 038	<input type="checkbox"/>
Resumen de Historia Clínica: firmado por médico tratante (2 hojas)	Formulario 008	<input type="checkbox"/>
Conformidad: firmado por paciente o familiar responsable/tutor	Formulario 007	<input type="checkbox"/>
Plan de abordaje individual	Formulario 015	<input type="checkbox"/>
Presupuesto	Formulario 044	<input type="checkbox"/>
Nota informando período vacacional/descanso	Formulario 047	<input type="checkbox"/>
Informe evolutivo: si la prestación la brindó mismo prestador que el año previo	Formulario 048	<input type="checkbox"/>
Informe evaluativo: se solicitará al comienzo de una nueva prestación o cuando cambie el profesional tratante.	Formulario 049	<input type="checkbox"/>
Constancia de Asistencia Regular (dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del ciclo lectivo)		<input type="checkbox"/>
Consentimiento	Formulario 039	<input type="checkbox"/>
Informe de seguimiento/evolución semestral: debe presentarse cada 6 meses		<input type="checkbox"/>
Documentación prestador (Centro): <ul style="list-style-type: none"> ● Categorización del SNR/ANDIS vigente ● Constancia CUIT ● Habilitación municipal vigente 		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

***De los 4 a 6 años se evaluará la modalidad adecuada para el socio.**

RECORDÁ QUE TODOS LOS FORMULARIOS DEBEN TENER FECHA PREVIA AL INICIO DE LA PRESTACION Y FIRMAS CORRESPONDIENTES