Generarsalud
Social y Solidaria

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Completar solo en los casos en que se solicite dependencia (asistencia de tercero)

FECHA _____

RAZÓN SOCIAL	CUIT
DOMICILIO	LOCALIDAD
PROVINCIA / EMAIL	TELÉFONO
APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO	DNI
PRESTACIÓN	PERIODO (MES Y AÑO)

FECHA	HORARIO	CANTIDAD DE SESIONES	FIRMA PROFESIONAL	FIRMA PACIENTE O RESPONSABLE

INSTITUCIÓN / PROFESIONAL

_____

Firma de médico **Sello >**

Aclaración

Matrícula

PACIENTE O RESPONSABLE

_____

Firma

Aclaración

DNI

Vínculo