

PRESUPUESTO CUIDADOR CON Y SIN CUD
Este formulario debe ir acompañado del formulario FIM

(IMPORTANTE: Este espacio debe ser completado por el cuidador)

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y nombre del beneficiario

DNI

CUD Si No Diagnóstico

FIM Si (Adjuntar) No

DATOS DEL PRESTADOR

Apellido y nombre

DNI

Edad

Tel./Cel.

Domicilio

Tareas Propuestas (adjuntar plan de trabajo)

CRONOGRAMA DE TRABAJO/ JORNADA LABORAL (ESPECIFICAR DÍAS Y HORARIO)

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

Monto	\$
-------	----

*¿Cuenta con título oficial que habilite el cuidado de la salud del paciente?
En caso afirmativo adjunte fotocopia autenticada por autoridad competente.*

Firma del Prestador

*He comprendido las condiciones y objetivos del tratamiento a practicar atento a la información cierta, clara y detallada brindada por el profesional.
Declaro BAJO JURAMENTO: no tener vínculo de parentesco por consanguinidad, afinidad y/o unión convivencial con el prestador.*

Notificación del beneficiario, responsable y/o figura de apoyo.

Firma: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Vínculo con el beneficiario (si corresponde):
