



## ANEXO VI

# DECLARACIÓN JURADA PARA ESTABLECIMIENTO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Establecimiento independiente (SI NO ):

Forma parte de un establecimiento asistencial SI NO (especificar):

Cuenta con Director Médico: SI NO (responsable (apellido y nombre):

Título: ..... Matrícula profesional N °: .....

Efecto especializado: SI NO

Observaciones:

Días y horarios de funcionamiento del Centro: .....

Prestaciones ofrecidas al INSSJP: .....

Cuenta con profesionales autorizado a ejercer: SI NO

Nombre y Apellido: .....

Título y Matrícula: .....

Días y Horarios de atención: .....

Cuenta con Servicios tercerizados: SI NO

Acompaña contratos/convenios y habilitaciones: SI NO

### Tipo de pacientes asistidos (marque con una X)

Se especializa en la atención de pacientes por grupos etarios: SI NO

Niños: SI NO

Adolescentes: SI NO

Adultos: SI NO

Gerontes: SI NO

Se especializa en pacientes según discapacidad: SI NO

Motores: SI NO

Viscerales: SI NO

Mentales: SI NO

Visuales: SI NO

Auditivos: SI NO

Multidiscapacidades: SI NO

Patologías Asociadas: SI NO

Prestaciones que brinda (Si o No, cantidad, Días y horarios de atención):

Médico Fisiatra: SI NO

-----  
Kinesiología: SI NO

-----  
Psicopedagogía: SI NO

-----  
Psicología: SI NO

-----  
Terapia Ocupacional: SI NO

-----  
Servicio Social: SI NO

-----  
Fonoaudiología: SI NO

-----  
Cuenta con Internación en rehabilitación: SI NO

Nivel A: SI NO

-----  
Nivel B: SI NO

-----  
Nivel C: SI NO

-----  
Taller de Órtesis y Prótesis: SI NO