



Código	5504-S-AT-FO-VIH
Versión	1

SOLICITUD DE TARJETA DE GESTIÓN SOCIAL DE IM

Montevideo, ____ de ____ de 20__.

A SER COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Nombre: _____ CI: _____

- Criterio médico de discapacidad física

- Tratamiento específico - SI - NO
- Cumplimiento del mismo - SI - NO
- Evaluación de Etapa Clínica, Inmunológica o Viroológica
*Semanal *Quincenal *Mensual *Trimestral
- Consultas a otras especialidades:

Especialistas	Semanal	Quincenal	Mensual	Trimestral
Odontólogo				
Dermatólogo				
Psicólogo				
Psiquiatra				
Urólogo				
Ginecólogo				
Neumólogo				
Nefrólogo				
Otros (especificar)				

Cuánto hace que posee el beneficio del Libre Tránsito _____

Criterio médico (según concurrencia) para renovación del beneficio

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Médico Tratante Dr/a _____ **Firma** _____



Montevideo, ____ de ____ de 20__.

A SER COMPLETADO POR LIC. EN TRABAJO SOCIAL

- Domicilio

- Integración del núcleo familiar o grupo de convivencia

- Trabajo e ingresos

- Otros Beneficios

Beneficios	SI	NO
BPS		
INDA		
FRANSIDA		
PLAN EQUIDAD		
OTROS		

- Criterio social de necesidad del beneficio por discapacidad.

- Criterio social para la renovación del beneficio

SI

NO

Lic. en Trabajo Social _____ **Firma** _____

Montevideo, ____ de ____ de 20__.

Firma y sello de la Dirección del centro u hospital _____

RESPONSABLE DE LA REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL DOCUMENTO

Aprueba: _____

Fecha: / /

