



DESARROLLO SOCIAL

DIVISIÓN POLÍTICAS SOCIALES

Unidad de Atención y Orientación sobre Servicios Sociales

No será aceptado el formulario incompleto

Código	5504-D-AT-FO-VIH
Versión	4,0

Fecha/...../.....

**INFORME MÉDICO
SOLICITUD DE TARJETA DE GESTIÓN SOCIAL VIH**

** El siguiente formulario deberá ser completado por el médico/a tratante.

Nombre del/ la paciente

C.I :

Tratamiento específico: Sí NO

Cumplimiento del mismo Sí NO

Frecuencia de consulta: Quincenal Mensual Trimestral Semestral

Consulta a otras especialidades: Sí NO

¿Cuál/cuáles?

Frecuencia de consulta: Quincenal Mensual Trimestral Semestral

Firma y sello del Médico/a Tratante

Institución a la que pertenece.....

Para uso interno IM

Primera vez

Renovación

Firma y aclaración funcionario de la IM: _____



Fecha entregado: ___/___/___

Firma y aclaración funcionario de la IM: _____





Fecha/...../.....

**INFORME TÉCNICO SOCIAL
SOLICITUD DE TARJETA DE GESTIÓN SOCIAL VIH**

Domicilio:.....

Edad:.....

Integración de convivencia:

Asistencia social:

ASSE Salud Privada

¿Realiza alguna actividad laboral?

¿Qué tipo de actividad laboral realiza?

Prestaciones sociales:

Prestación social	SI	NO
TUS, INDA, RECURSO ALIMENTARIO		
PENSIÓN Y/ O JUBILACIÓN		
AFAM (Asignación Familiar)		
OTROS ¿CUÁLES?		

¿Participa en alguna organización social que contribuya a su calidad de vida?

¿Cuál?

Lic. en Trabajo Social:..... Firma:.....

Presentarse en Soriano 1426, planta baja. De lunes a viernes de 10 a 16h, con fotocopia de cédula de identidad. Si es por primera vez la tarjeta tiene el costo de un boleto.

Consultas al:

Tel: Línea Social: **1950 -5555**

Whatsapp: **099019500**

Escribir palabra **chatear**, luego **opción 3** de lunes a viernes de 8:00 a 17:00hs

Correo electrónico: **nexo@imm.gub.uy**