

## ANEXO IV

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES**  
**SERVICIOS DE REHABILITACIÓN**

## MOTIVO DE LA SOLICITUD

CATEGORIZACIÓN  RECATEGORIZACIÓN (\*)  MODIFICACIÓN DE CUPO   
(\*) EN CASO DE SOLICITAR RECATEGORIZACIÓN DEBERÁ INDICAR:

AUTORIDAD QUE LO CATEGORIZÓ	
FECHA DE CATEGORIZACIÓN	
PRESTACIÓN CATEGORIZADA	
CATEGORIA OTORGADA	

## RAZON SOCIAL

## DOMICILIO LEGAL

CALLE	
LOCALIDAD	
PROVINCIA	
CODIGO POSTAL	

## NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO A CATEGORIZAR

## DOMICILIO DE LA PRESTACIÓN

CALLE			
LOCALIDAD			
PROVINCIA			
CODIGO POSTAL		TELEFONO	
MAIL			

REPRESENTANTE LEGAL:.....



### TIPO DE ESTABLECIMIENTO

CONSULTORIO:GABINETE	<input type="checkbox"/>
CENTRO ESPECIALIZADO	<input type="checkbox"/>
INSTITUTO ESPECIALIZADO	<input type="checkbox"/>
OTROS	<input type="checkbox"/>

CLÍNICA	<input type="checkbox"/>
SANATORIO	<input type="checkbox"/>
HOSPITAL	<input type="checkbox"/>

ESPECIFICAR:.....  
 .....

### NIVEL DE CATEGORIZACIÓN SOLICITADO

SERVICIOS QUE BRINDA (*)	I NIVEL	II NIVEL	III NIVEL	ESTABLECIMIENTO EN AISLAMIENTO GEOGRAFICO
CONSULTA MÉDICA EN REHABILITACIÓN				
TERAPIA FÍSICA				
PSICOLOGIA				
PSICOPEDAGOGIA				
TERAPIA OCUPACIONAL				
FONOAUDIOLOGIA				
INTERNACIÓN PARA REHABILITACIÓN				
HOSPITAL DE DÍA (FISIATRICA)				

(\*) Agregar en los espacios en blanco los tipos de servicios que brinda que no se han incluido en la lista.

INDICAR SI HA TENIDO CATEGORIZACIÓN PREVIA (PRESTACIÓN Y CATEGORIA):

.....