



MENDOZA, **19 FEB 2019**

VISTO:

El EXP-CUY N° 25877/2018, en el que la Secretaria de Extensión Universitaria, eleva a consideración del Consejo Directivo el Modelo de **Planilla para cambio de aranceles (personas de bajos recursos) de Servicios y Posgrado**, y;

CONSIDERANDO:

Que, a fs. 2/4, obra el Modelo de Planilla de cambio de aranceles para personas de bajos recursos que son atendidos en Servicios y Posgrado;

Que, dicho instrumento se aplicará a todas las prácticas, con excepción de aquellos tratamientos de alta complejidad que requieran la utilización de insumos importados, como por ejemplo: prótesis, implantes y ortodoncia;

Que la evaluación de las situaciones particulares correspondientes, será realizada por recurso humano calificado que forma parte del plantel de la Facultad de Odontología;

Por ello, teniendo en cuenta lo tratado en su sesión de fecha 18 de diciembre de 2018 y en uso de sus atribuciones;

EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
RESUELVE:

ARTICULO 1º.- Aprobar el **Modelo de Planilla para cambio de aranceles para personas de bajos recursos, atendidas en Servicios y Posgrado**, a excepción de tratamientos de alta complejidad, que obra en Anexo I que forma parte de la presente Resolución.

ARTICULO 2º.- Comuníquese e insértese en el libro de Resoluciones del Consejo Directivo.

RESOLUCION N° **018**

F.O
AL

Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ  
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACION

Prof. Od. Graciela GARCIA CRIMI  
SECRETARIA EXTENSION UNIVERSITARIA

Prof. Dra. Ma. Del C. Patricia DI NASSO  
DECANA



ANEXO I – Resolución Nº 018/2019 C.D.

**INFORME DE EVALUACIÓN PARA CAMBIOS DE ARANCELES EN SERVICIOS Y POSGRADO**

**I-DATOS DEL PACIENTE** HC:..... Fecha:.....

Apellido, Nombre .....

DNI:..... F.N. / / ..... Edad:..... años ..... meses. Nacionalidad .....

Domicilio Actual: .....

C.P.....

Teléfono:..... e-mail .....

Estudios: A..... AF..... PI..... PC..... SI..... SC..... TI..... TC..... UI..... UC..... Post-Grado.....

Título:.....

Institución.....

Estado Civil: Soltero..... Casado:..... Unión de Hecho ..... Separado ..... Divorciado .....

Viudo .....

Lugar de Trabajo:..... Obra Social .....

Condición Laboral Efectivo ..... Temporario ..... Jubilado ..... Pensionado ..... Changarín .....

Plan Estatal ..... Cual? ..... \$..... ¿Con quién vive el Paciente?.....

**Se realizarán Entrevista Domiciliaria y/o Telefónica según corresponda.**

**II. SITUACION DE LOS PADRES y/o TUTORES DEL PACIENTE**

**APELLIDO y Nombres:**..... Padre..... Madre..... Tutor.....

DNI:..... F.N. / / ..... Edad:..... años ..... meses. Nacionalidad .....

Domicilio Actual:..... C.P.....

Teléfono:..... e-mail .....

Estudios: A..... AF..... PI..... PC..... SI..... SC..... TI..... TC..... UI..... UC..... PosGrado.....

Título:..... Institución .....

Estado Civil: Soltero ..... Casado ..... Unión de Hecho ..... Separado ..... Divorciado ..... Viudo .....

Lugar de Trabajo:..... Obra Social .....

Condición Laboral Efectivo ..... Temporario ..... Jubilado ..... Pensionado ..... Changarín .....

Plan Estatal ..... Cual? ..... \$..... ¿Vive con el Paciente?. SI..... NO.....

**APELLIDO y Nombres:**..... Padre..... Madre..... Tutor.....

D.N.I:..... F.N. / / ..... Edad:..... años ..... meses. Nacionalidad .....

Domicilio Actual:..... C.P.....

Teléfono:..... e-mail .....

Estudios: A..... AF..... PI..... PC..... SI..... SC..... TI..... TC..... UI..... UC..... Posgrado.....

Título:..... Institución .....

Estado Civil: Soltero..... Casado:..... Unión de Hecho ..... Separado ..... Divorciado ..... Viudo .....

Lugar de Trabajo ..... Obra Social .....

Condición Laboral Efectivo ..... Temporario ..... Jubilado ..... Pensionado ..... Changarín .....

Plan Estatal ..... Cual? ..... \$..... ¿Vive con el Paciente?. SI..... NO.....

**En caso de Separación, Divorcio o Viudez de los Padres-Tutor-Cónyuge**

¿Tiempo de Separación o Divorcio? ..... año ..... meses ¿Qué actividad realiza actualmente?..... \$ .....

¿Recibe c/ alimentaria SI ... NO ... A veces ... \$ ..... ¿Aporta c/ alimentaria? SI ... NO ... A veces ..... \$ .....

¿Posee otros ingresos? SI ... NO ... A veces ..... \$ .....

Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ  
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACION

Prof. Od. Graciela GARCIA CRIMI  
SECRETARIA EXTENSION UNIVERSITARIA  
Casilla de Correo 378 - 5500 - MENDOZA (Rca. Argentina)  
Teléfono (0261) 413 5007 y Fax (0261) 449 4142

Prof. Dra. Ma. Del C. Patricia DI NASSO  
DECANA



**ANEXO I – Resolución N° 01/2019 C.D.**

Viudez Madre ..... Cuánto hace ..... Viudez Padre .... Cuánto hace ..... Motivo/s: .....  
 ¿Qué actividad realizaba al momento de fallecer? ..... ¿ Dónde .....  
 ¿Cobra pensión Si..... No..... ¿Qué tipo de pensión? ..... \$.....

**III GRUPO FAMILIAR**

Grupo Fliar. y/o Fliar Extenso .N° de integrantes...A cargo SI .... No .. Hijos... Cónyuge .... Padres ..... Hermanos ...  
 Abuelos ... Tíos..... Sobrino ... Suegros..... Otros..... Estudian ..... Trabajan ..... Ambas .....

Vinculo	Edad	Establecimiento	\$ de Ingreso	\$ de Egreso

**IV-SITUACIÓN FINANCIERA DEL GRUPO FAMILIAR: Deudas por pagar**

	Monto cuota mensual	Vencimiento	Motivos y Receptor	Observación
Créditos				
Familiar				
Laborales				
Subsidios				

**V-VIVIENDA-SITUACIÓN HABITACIONAL y MOVILIDAD**

Tenencia Propia C/Hipoteca ... S/ Hipoteca .... \$..... Alquilada.... \$..... Prestada ... Usurpada ....Otros .....  
 Tipo de propiedad Casa .... Dpto. .... Dpto. interno .....Pensión.....Cuarto .....Rancho.... Otro .....  
 Con cuantas Flias comparten y/o Conviven ? ... Comparten sanitarios SI..... NO... N° de Sanitario M ..... H .....  
 Material de Construcción Ladrillo ..... Bloque . Prefabricada..... Adobe ... Mixta .... Madera .... Cartón ..... Otro .....  
 Servicios: Agua De red ... Pozo ... Pileta ..... Tacho .... Grifo Público ..... Otro ..... Desagüe Cloacas .....  
 Pozo ..... Letrina ... Ninguno ..... Otro .....Calefacción Gas Natural ..... Gas envasado ..... leña ..... Eléctrica  
 ..... Combustible .....Luz C//m ... S/m. ... Panel solar .... Otro.... Medios de Comunicación Teléfono Fijo... Cel...  
 Internet ..... T.V.Cable..... Otro:.....

Posee otra/s propiedades, bienes, actividades, plazos fijos,etc....? Si....No.....Cuál ?.....

Propiedad/ Bienes	Departamento / Distrito	Uso	Monto

La Familia cuentan con movilidad Propia? SI ..... NO ..... Cuantas?.....

Tipo	Marca	Modelo	Uso
			Laboral
			Familiar

**Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ**  
 DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACION

**Prof. Od. Graciela GARCIA CRIMI**  
 SECRETARIA EXTENSION UNIVERSITARIA

**Prof. Dra. Ma. Del C. Patricia DI NASSO**  
 DECANA



ANEXO I – Resolución Nº 018/2019 C.D.

**VI.- ESTADO de SALUD de los MIEMBRO/S de la FAMILIA**

Quien	Obra Social	Diagnóstico	Tratamiento c/t - s/t	Observación

Apellido, Nombre del Encuestador ..... DNI..... Fecha.....  
Firma..... Aclaración.....

EVALUACIÓN ASISTENTE SOCIAL: ..... PROFESIONAL: .....  
Fecha..... Sello.....  
Apellido, Nombre del Paciente .....  
Tratamiento a realizar:..... Arancel \$ .....

Se sugiere un ..... % de descuento del arancel en el tratamiento a realizar  
Forma de pago.....Cuotas \$..... y ..... Cuotas \$ ..... Total a pagar \$..... y con el último pago, se dará por cancelado el tratamiento.  
Queda expresa la decisión resuelta por las Autoridades de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo es: .....  
Autorizar  No Autorizar

.....  
Firma y Sello

Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ  
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACION

Prof. Od. Graciela GARCIA CRIMI  
SECRETARIA EXTENSION UNIVERSITARIA

Prof. Dra. Ma. Del C. Patricia DI NASSO  
DECANA