

# Anexo I

## Anexo I-A

### Modelo para solicitar las prestaciones de salud

Día, mes, año

Al Sr. Presidente de la Obra Social/Prepaga (según corresponda en su situación)

Presente

Beneficiario N° \_\_\_\_\_

De mi mayor consideración:

(Nombre y apellido), DNI N° \_\_\_\_\_, domiciliada/o en la calle \_\_\_\_\_, de la ciudad de \_\_\_\_\_, en mi carácter de (madre / padre / tutor) de (nombre y apellido de hijo/a), DNI N° \_\_\_\_\_, digo:

Mi hijo/a tiene (X discapacidad) \_\_\_\_\_, según acredito con certificado de discapacidad que en copia adjunto.

(O, si escribe el titular: Tengo (X discapacidad) \_\_\_\_\_, según acredito con certificado de discapacidad que en copia adjunto.)

El médico tratante ha dispuesto que, para atender a su (mi) salud, se le (me) debe brindar un tratamiento compuesto de \_\_\_\_\_.

Prueba: Adjunto en fotocopia la siguiente prueba documental:

- 1) Certificado de Discapacidad.
- 2) Prescripción médica.
- 3) Presupuesto de las prestaciones.

Lo saludo atentamente.

Firma y aclaración.

### Otro modelo para solicitar las prestaciones de salud

Día, mes, año

Al Sr. Presidente de la Obra Social

Presente

Sr. ....

S ..... / ..... D:

De mi mayor consideración, me agrada dirigirme a Ud. en mi carácter de beneficiario (n° ..... de la cobertura de salud a su digno cargo, a fin de solicitarle:

Tenga a bien arbitrar las medidas pertinentes para que a la brevedad se atienda el presente requerimiento según las consideraciones de hecho y de derecho que a continuación se expresan.

Hechos:

Soy beneficiario/a de la cobertura de salud bajo el número de afiliado ..... Tengo una discapacidad ....., con diagnóstico .....

A raíz de ello, la Dr/a. ...., con matrícula profesional ....., prescribió para el cuidado de mi salud

\* .....

\* .....

\* .....

Es dable señalar que se buscó presupuestos para la cobertura de las atenciones médicas prescriptas.

Prueba:

Se adjunta a la presente misiva, la documentación respaldatoria de mis dichos, tales como:

a- Copia del Documento de Identidad N° .....

b- Copia de la credencial de afiliación N° .....

c- Copia del Certificado de Discapacidad N° .....

d- Prescripción médica de fecha .....

e- Presupuestos respecto de los tratamientos y cobertura de salud requeridos/ prescriptos

Derecho

Fundo el derecho que me asiste, en la Ley de Prestaciones básicas Universales N° 24901, en el Derecho Constitucional de la Salud y el de la Vida digna.

Asimismo, dejo establecido que en caso de incumplimiento reservo derecho de accionar civil y penalmente.

Petitorio

Por todo lo expuesto en la presente,

a- Informo que constituyo domicilio legal a todos los efectos en .....

b- Autorizo a ....., titular del documento tipo DNI N° ....., a tramitar en mi nombre y representación todo lo que haga al presente reclamo.

c- Me contesten la presente en el plazo perentorio de 72 hs., toda vez que los bienes jurídicos tutelado con jerarquía constitucional que se encuentra afectado es mi propia Salud y Vida.

Saludos cordiales

.....  
Nombre y Apellido

.....  
Documento

.....  
Teléfono

### Para el caso de quien no posea cobertura de obra social o de empresa de medicina prepaga: nota al ESTADO

Día, mes, año.

A la Sra. Ministro de Desarrollo Social y Medio Ambiente / Al Sr. Ministro de Salud/ Al Sr. Gobernador de la Provincia de /Al Sr. Intendente de \_\_\_\_\_ (según corresponda)

Presente

De mi mayor consideración:

(Nombre y apellido), DNI N° \_\_\_\_\_, domiciliado/a en la calle \_\_\_\_\_, de la ciudad de \_\_\_\_\_, en mi carácter de (madre/padre/tutor) de (nombre y apellido de hijo/a), DNI N° \_\_\_\_\_, digo:

Mi hijo/a tiene (X discapacidad) \_\_\_\_\_, según acredito con certificado de discapacidad que en copia adjunto.

(O, si el que escribe es quien requiere la prestación: Tengo \_\_\_\_\_, según acredito con certificado de discapacidad que en copia adjunto.)

El médico tratante ha dispuesto que, para atender su (mi) salud, se le (me) debe de brindar un tratamiento compuesto de\_\_\_\_\_.

Es por ello que por este medio le solicito que, en un plazo perentorio de 48 horas, proceda a arbitrar los medios del caso, para que mi hijo/a (o mi persona) reciba de manera efectiva el tratamiento dispuesto por el médico tratante.

Prueba: Adjunto, en copia, la siguiente prueba documental:

- 1) Certificado de Discapacidad.
- 2) Prescripción médica.

Lo saludo atentamente.  
Firma y aclaración

La nota se debe presentar a cada una de las reparticiones estatales comprometidas ante la falta de prestación y, en cada caso, habrá que hacerlo bajo constancia de recepción. Debe presentar las notas por Mesa de Entradas.

## **Anexo I- B**

### **Modelo para reclamar por incumplimiento de las prestaciones**

Día, mes, año.

Al Sr. Presidente de la Obra Social

Presente

Beneficiario N°\_\_\_\_\_

De mi mayor consideración:

(Nombre y apellido), DNI N° \_\_\_\_\_, domiciliado/a en la calle \_\_\_\_\_, de la ciudad de \_\_\_\_\_, en mi carácter de (madre/padre/tutor) de (nombre y apellido de hijo/a), DNI N° \_\_\_\_\_, digo:

Mi hijo/a tiene (X discapacidad) \_\_\_\_\_, según acredito con certificado de discapacidad que en copia adjunto.

(O, si el que escribe es el titular: Tengo (X discapacidad) \_\_\_\_\_, según acredito con certificado de discapacidad que en copia adjunto.)

El médico tratante ha dispuesto que, para atender a su (mi) salud, se le (me) debe brindar un tratamiento compuesto de\_\_\_\_\_.

Es por ello que por este medio lo ÍNTIMO a que, en un plazo perentorio de 48 hs., proceda a autorizar dicho tratamiento. En caso de negativa o silencio de su parte, hago reserva de iniciar acciones jurídicas, en resguardo de la salud y lo hago responsable civil y penalmente por las consecuencias dañosas que sufra por su conducta desaprensiva.

Prueba: Adjunto en copia, la siguiente prueba documental:

- 1) Certificado de discapacidad.
- 2) Prescripción médica.
- 3) Presupuesto de las prestaciones.

Lo saludo atentamente.

Firma y aclaración

**Luego de presentar la nota a la obra social, en caso de incumplimiento de lo solicitado y superado el plazo de tiempo otorgado, se debe presentar la denuncia a la Superintendencia de Servicios de Salud:**

Día, mes, año.

Al Sr. Presidente de la Superintendencia de Servicios de Salud

Presente

De mi mayor consideración:

(Nombre y apellido), DNI N° \_\_\_\_\_, domiciliado/a en la calle \_\_\_\_\_, de la ciudad de \_\_\_\_\_, en mi carácter de (madre/padre/tutor) de (nombre y apellido de hijo/a), DNI N° \_\_\_\_\_, (o en mi carácter de titular), digo:

Vengo a formular la presente DENUNCIA, en atención a que mi hijo/a tiene (X discapacidad) \_\_\_\_\_, según acredito con certificado de discapacidad que en copia adjunto; siendo beneficiario de la Obra Social \_\_\_\_\_, N° \_\_\_\_\_, mi hijo/a no recibe de la misma la atención que su salud requiere.

(Si el que escribe es el titular: Vengo a formular la presente DENUNCIA, en atención a que tengo (X discapacidad) \_\_\_\_\_, según acredito con certificado de discapacidad que en copia adjunto; siendo beneficiario de la Obra Social \_\_\_\_\_, N° \_\_\_\_\_, no recibo de la misma la atención que mi salud requiere.)

El médico tratante ha dispuesto que, para atender a su (mi) salud, se le (me) debe brindar un tratamiento compuesto de\_\_\_\_\_.

He solicitado a la obra social que, en un plazo perentorio de 48 hs., proceda a autorizar dicho tratamiento, según constancia adjunta, pero hasta el presente no he tenido respuesta positiva alguna.

Es por ello que le peticiono para que, en uso de sus potestades, le corra traslado de mi presentación a la obra social denunciada, y pase a RESOLVER la presente denuncia, en resguardo de la salud.

Prueba: Adjunto en copia, la siguiente prueba documental:

- 1) Certificado de discapacidad.
- 2) Prescripción médica.
- 3) Presupuesto de las prestaciones.
- 4) Copia de la nota presentada a la obra social.
- 5) Copia de las credenciales de beneficiario de la obra social.
- 6) Copia del recibo de sueldo, por la relación laboral que genera el nexo con la obra social.

Lo saludo atentamente.

Firma y aclaración.

**En el caso de haber presentado una nota al Estado, si no se cumple con lo solicitado, superado el plazo de tiempo otorgado, se debe presentar la denuncia a la Superintendencia de Servicios de Salud**

Día, mes, año

Al Sr. Presidente de la Superintendencia de Servicios de Salud

Presente

De mi mayor consideración:

(Nombre y apellido), DNI N° \_\_\_\_\_, domiciliado/a en la calle \_\_\_\_\_, de la ciudad de \_\_\_\_\_, en mi carácter de (madre/padre/tutor) de (nombre y apellido de hijo/a), DNI N° \_\_\_\_\_ (o en mi carácter de ciudadano/a).

Vengo a formular la presente DENUNCIA. En atención a que mi hijo/a tiene (X discapacidad)\_\_\_\_\_, según acredito con certificado de discapacidad que en copia adjunto y no teniendo cobertura de Obra Social o empresa de medicina prepaga, interpuse

el correspondiente pedido de prestación al Estado, como demuestro con la documentación adjunta, pero aún no ha recibido del Estado la atención de salud requerida.

(O, si escribe el ciudadano: Vengo a formular la presente DENUNCIA: en atención a que tengo (X discapacidad) \_\_\_\_\_, según acredito con certificado de discapacidad que en copia adjunto y no teniendo cobertura de Obra Social o empresa de medicina prepaga, interpuso el correspondiente pedido de prestación al Estado, como demuestro con la documentación adjunta, pero aún no he recibido del Estado la atención de salud requerida.)

El médico tratante ha dispuesto que, para atender a su (mi) salud se le (me) debe brindar un tratamiento compuesto de\_\_\_\_\_.

He solicitado al Estado que, en un plazo perentorio de 48 hs., proceda a arbitrar los medios del caso, para que reciba de manera efectiva el tratamiento dispuesto por el médico tratante, pero hasta el presente no he tenido respuesta positiva alguna.

Es por ello que le peticiono que, en uso de sus potestades -y a efecto de no sufrir discriminación alguna con relación a las personas que poseen cobertura de obra social-, le corra traslado de mi presentación a la repartición del Estado que usted entienda que corresponda en aplicación de la normativa vigente, y pase a resolver la presente denuncia en resguardo de la salud.

Prueba: Adjunto en copia, la siguiente prueba documental:

- 1) Certificado de discapacidad.
- 2) Prescripción médica.
- 3) Presupuesto de las prestaciones.
- 4) Copia de la nota presentada a diferentes reparticiones estatales.

## **Anexo I-C**

### **Modelo de nota de pedido sobre temas ligados a accesibilidad**

Día, mes, año.

Presente

De mi mayor consideración:

(Nombre y apellido), DNI N° \_\_\_\_\_, domiciliado/a en la calle \_\_\_\_\_, de la Ciudad de Buenos Aires, en mi carácter de ciudadano/a digo:

Vengo a formular la presente (INQUIETUD, RECLAMO, etc., que debe describir breve y claramente).

Prueba:

- fotocopia de todos los comprobantes relacionados (si los hay).

Lo saludo atentamente.

Firma y aclaración.

***Nota: se entrega por Mesa de Entradas de 8.00 a 15.00 hs.***

## **Anexo I-D**

### **Modelo de Carta de Denuncia a la Defensoría del Pueblo**

Día, mes, año.

Al Sr. Defensor del Pueblo

Presente

De mi mayor consideración:

(Nombre y apellido), DNI N° \_\_\_\_\_, domiciliado/a en la calle \_\_\_\_\_, de la ciudad de \_\_\_\_\_, en mi carácter de ciudadana/o digo:

Vengo a formular la presente DENUNCIA \_\_\_\_\_. (Detallar el problema, las insistencias posteriores al hecho, los reclamos y las respuestas recibidas.)

Prueba:

- Fotocopia de todos los comprobantes relacionados (si los hay).

Lo saludo atentamente.

Firma y aclaración.

Aviso: la DENUNCIA debe ser presentada en el plazo máximo de un año calendario de ocurrido el hecho, acto u omisión motivo de la denuncia.

***Nota: este modelo puede servirle para denuncias en otras entidades; deberá cambiar a quién se la dirige y chequear si esa entidad le pide algún dato en particular, así como controlar si existe un plazo de tiempo determinado para hacer la denuncia.***