

FORMULARIO PEDIDO MEDICO 2025

A completar por Médico
Especialista

FECHA: ___/___/___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO:

Apellido y Nombre: _____

Nº de Asociado: _____

Documento: Tipo: _____ N°: _____ Edad: _____ Sexo: _____

DIAGNOSTICO:

PRESTACIONES SOLICITADAS:

Institución (CET - Centro de Día - Estimulación temprana- Hogar con Centro de Día, etc.)

Especialidad: _____

Período: de _____ (mes y año) hasta _____ (mes y año)

Tipo de jornada: SIMPLE DOBLE

DEPENDENCIA: (marcar con X en caso de corresponder) En caso afirmativo se deberá anexar Formulario FIM

Justificación médica:

Módulo Maestro de Apoyo / Módulo Apoyo a la Integración Escolar Equipo

Maestro: _____ Equipo: _____

Período: de _____ (mes) hasta: _____ (mes) del año

Cantidad de horas semanales: _____

Prestaciones ambulatorias por sesión

Especialidad: _____

Período: de _____ (mes) hasta _____ (mes) del año _____

Cantidad de sesiones semanales: _____

Especialidad: _____

Período: de _____ (mes) hasta _____ (mes) del año _____

Cantidad de sesiones semanales: _____

Especialidad: _____

Período: de _____ (mes) hasta _____ (mes) del año _____

Cantidad de sesiones semanales: _____

Especialidad: _____

Período: de _____ (mes) hasta _____ (mes) del año _____

Cantidad de sesiones semanales: _____

Especialidad: _____

Cantidad de sesiones semanales: _____

Período: de _____ (mes) hasta _____ (mes) del año _____

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE