Formulario Pedido Médico de Prestaciones

APELLIDO Y NOMBRE: FECHA:

DNI: N° DE BENEFICIARIO OSPIM:

DIAGNÓSTICO SEGÚN CUD:

DIAGNÓSTICO CLIÍNICO RELACIONADO CON LA PRESTACIÓN SOLICITADA:

Solicitud de Institución (CET-C. Día-Hogar-Esc. Especial-F. Laboral) Requiere: SI ☐ NO ☐

Especialidad: _____

Período desde _____ (mes y año), hasta _____ (mes y año)

Tipo de jornada: Simple ☐ Doble ☐

DEPENDENCIA: SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo se debe adjuntar Formulario FIM.

Solicitud Módulo Maestra de Apoyo/Apoyo a la Integración Escolar Requiere:SI ☐ NO ☐

Maestra de apoyo ☐ Equipo de Integración escolar ☐

Período desde _____ (mes y año), hasta _____ (mes y año)

Cantidad de horas semanales: _____

Solicitud de Prestaciones de apoyo ambulatoria Requiere: SI ☐ NO ☐

1. Especialidad: _____ Cantidad de sesiones semanales: _____

Período desde _____ (mes y año), hasta _____ (mes y año)

2. Especialidad: _____ Cantidad de sesiones semanales: _____

Período desde _____ (mes y año), hasta _____ (mes y año)

3. Especialidad: _____ Cantidad de sesiones semanales: _____

Período desde _____ (mes y año), hasta _____ (mes y año)

4. Especialidad: _____ Cantidad de sesiones semanales: _____

Período desde _____ (mes y año), hasta _____ (mes y año)

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE