

Pedido Médico

Apellido y nombre del beneficiario/a:

Numero de afiliado/a:

Plan:

Edad:

Diagnostico:.....
.....
.....
.....

Prestaciones solicitadas

- Instituciones (CET – Centro de Dia – Hogar con Centro de Dia, etc)

Prestación institucional:.....

Periodo: de.....(mes y año) hasta.....(mes y año)

Tipo de jornada: simple doble

Dependencia: SI NO (En caso afirmativo se deberá anexar formulario FIM e informe de apoyos)

- Modulo Maestro/a de Apoyo / Modulo Apoyo a la integración Escolar Equipo

Periodo: de.....(mes y año) hasta.....(mes y año)

Cantidad de horas semanales:.....

Prestaciones ambulatorias por sesión

Especialidad.....Cantidad de sesiones semanales

Periodo: de.....(mes y año) hasta.....(mes y año)

Especialidad.....Cantidad de sesiones semanales

Periodo: de.....(mes y año) hasta.....(mes y año)

Especialidad.....Cantidad de sesiones semanales

Periodo: de.....(mes y año) hasta.....(mes y año)

Especialidad.....Cantidad de sesiones semanales

Periodo: de.....(mes y año) hasta.....(mes y año)

Firma y sello de Medico/a:

Fecha: