

Formulario Pedido Médico 2022

A completar por Médico Especialista

Córdoba _____ de _____ de 20__

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

Datos del asociado:

Apellido y Nombre _____

Nº de Asociado _____

D.N.I: _____ Edad _____ Sexo _____

Diagnóstico:

Prestaciones solicitadas:

Institución (CET - Centro de Día - Hogar con Centro de Día, etc.) _____ Requiere: SI ___ NO ___

Especialidad: _____

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

Tipo de jornada: simple ___ / doble ___

Dependencia: SI ___ NO ___ . En caso afirmativo se deberá anexar Formulario FIM.

Justificación médica:

Módulo Maestro de Apoyo / Módulo Apoyo a la Integración Escolar Equipo _____ Requiere: SI ___ NO ___

Maestro ___ Equipo ___

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

Cantidad de horas semanales: _____

Prestaciones ambulatorias por sesión

Requiere: SI ___ NO ___

• Especialidad: _____ Cantidad de sesiones semanales: _____

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

• Especialidad: _____ Cantidad de sesiones semanales: _____

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

• Especialidad: _____ Cantidad de sesiones semanales: _____

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

• Especialidad: _____ Cantidad de sesiones semanales: _____

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

• Especialidad: _____ Cantidad de sesiones semanales: _____

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

Firma y sello del médico