

# Formulario Pedido Médico 2024

A completar por Médico Especialista

Córdoba \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

## Datos del afiliado:

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

N° de Afiliado: \_\_\_\_\_

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