

Formulario Pedido Médico 2026

A completar por Médico Especialista

Córdoba _____ de _____ de 20__

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

Datos del afiliado:

Apellido y Nombre: _____

Nº 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