Formulario Pedido Médico 2027

A completar por Médico Especialista

IMPORTANTE: Este formulario se completa solo si las distintas terapias se realizan en el mismo Centro o Domicilio, caso contrario de completa OTRO FORMULARIO MEDICO

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