

MODELOS DE PEDIDOS MEDICOS

Deben ser realizados por Pediatra, Neurólogo o Psiquiatra, lo cual debe estar reflejado en el sello profesional.

Pediatra hasta los 12 años.

SERVICIO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR

Apellido y nombre: XXX

Nº afiliado: XXX

Edad: XXX

Diagnóstico: *(Según Certificado Único de Discapacidad)*

Solicito Módulo de apoyo a la integración escolar

Psicología 1 vez por semana

Fonoaudiología 2 veces por semana

Psicopedagogía 1 vez por semana

Maestra de apoyo 2 veces por semana

Período desde (mes) a diciembre 202...

Fecha - Firma y sello del profesional

(La cantidad de sesiones debe coincidir con la propuesta de la institución reflejada en el cronograma de horarios)

MODULO MAESTRA DE APOYO

Apellido y nombre: XXX

Nº afiliado: XXX

Edad: XXX

Diagnóstico: *(Según Certificado Único de Discapacidad)*

Solicito Módulo maestra de apoyo

2 veces por semana

32hs mensuales

Período desde (mes) a diciembre 202...

Fecha - Firma y sello del profesional

(La cantidad de días debe coincidir con la propuesta del profesional reflejada en el cronograma de horarios)

MODELOS DE PEDIDOS MEDICOS

Deben ser realizados por Pediatra, Neurólogo o Psiquiatra, lo cual debe estar reflejado en el sello profesional.

Pediatra hasta los 12 años.

MODULO INTEGRAL SIMPLE/INTENSIVO

Apellido y nombre: XXX

Nº afiliado: XXX

Edad: XXX

Diagnóstico: *(Según Certificado Único de Discapacidad)*

Solicito Módulo integral simple (hasta 6 sesiones) / intensivo

Psicología 2 vez por semana

Fonoaudiología 2 veces por semana

Terapia Ocupacional 2 vez por semana

Período desde (mes) a diciembre 202...

Fecha - Firma y sello del profesional

(La cantidad de sesiones debe coincidir con la propuesta de terapias de los profesionales y/o institución reflejada en el cronograma de horarios)

PRESTACION DE APOYO

Apellido y nombre: XXX

Nº afiliado: XXX

Edad: XXX

Diagnóstico: *(Según Certificado Único de Discapacidad)*

Solicito Prestación de apoyo (un solo profesional)

Psicología 2 vez por semana

Período desde (mes) a diciembre 202...

Fecha - Firma y sello del profesional

(La cantidad de sesiones debe coincidir con la propuesta de terapias del profesional y/o institución reflejada en el cronograma de horarios)

MODELOS DE PEDIDOS MEDICOS

Deben ser realizados por Pediatra, Neurólogo o Psiquiatra, lo cual debe estar reflejado en el sello profesional.

Pediatra hasta los 12 años.

CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO

Apellido y nombre: XXX

Nº afiliado: XXX

Edad: XXX

Diagnóstico: *(Según Certificado Único de Discapacidad)*

Solicito Centro educativo terapéutico jornada ...

Lunes a viernes

Período desde (mes) a diciembre 202...

Fecha - Firma y sello del profesional

(Debe coincidir con la propuesta de la institución reflejada en el cronograma de horarios)

CENTRO DE DIA

Apellido y nombre: XXX

Nº afiliado: XXX

Edad: XXX

Diagnóstico: *(Según Certificado Único de Discapacidad)*

Solicito Centro de día jornada ...

Lunes a viernes

Período desde (mes) a diciembre 202...

Fecha - Firma y sello del profesional

(Debe coincidir con la propuesta de la institución reflejada en el cronograma de horarios)

MODELOS DE PEDIDOS MEDICOS

Deben ser realizados por Pediatra, Neurólogo o Psiquiatra, lo cual debe estar reflejado en el sello profesional.

Pediatra hasta los 12 años.

ESCOLARIDAD ESPECIAL

Apellido y nombre: XXX

Nº afiliado: XXX

Edad: XXX

Diagnóstico: *(Según Certificado Único de Discapacidad)*

Solicito Escolaridad Especial Primaria/secundaria

Jornada...

Lunes a viernes

Período desde (mes) a diciembre 202...

Fecha - Firma y sello del profesional

(Debe coincidir con la propuesta de la institución reflejada en el cronograma de horarios)

FORMACION LABORAL

Apellido y nombre: XXX

Nº afiliado: XXX

Edad: XXX

Diagnóstico: *(Según Certificado Único de Discapacidad)*

Solicito Formación Laboral jornada...

Lunes a viernes

Período desde (mes) a diciembre 202...

Fecha - Firma y sello del profesional

(Debe coincidir con la propuesta de la institución reflejada en el cronograma de horarios)

MODELOS DE PEDIDOS MEDICOS

Deben ser realizados por Pediatra, Neurólogo o Psiquiatra, lo cual debe estar reflejado en el sello profesional.

Pediatra hasta los 12 años.

ESTIMULACION TEMPRANA

Apellido y nombre: XXX

Nº afiliado: XXX

Edad: XXX

Diagnóstico: *(Según Certificado Único de Discapacidad)*

Solicito Módulo de estimulación temprana

Psicología 1 vez por semana

Fonoaudiología 2 veces por semana

Estimulación temprana 1 vez por semana

Período desde (mes) a diciembre 202...

Fecha - Firma y sello del profesional

(La cantidad de sesiones debe coincidir con la propuesta de la institución reflejada en el cronograma de horarios)

SERVICIO DE TRANSPORTE PROGRAMADO

Apellido y nombre: XXX

Nº afiliado: XXX

Edad: XXX

Diagnóstico: *(Según Certificado Único de Discapacidad)*

Solicito Servicio de traslado programado

Desde *(dirección de partida)*

Hasta *(dirección de llegada)*

Frecuencia: 2 veces por semana

Período desde (mes) a diciembre 202...

Justificación y motivo puntual del médico por el cual no puede acceder al transporte público

Fecha - Firma y sello del profesional

(La frecuencia debe coincidir con la propuesta de la institución y/o profesionales reflejada en el cronograma de horarios)