

Formulario Pedido Médico 2023

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