

Prestaciones de Rehabilitación/Habilitación Discapacidad INDICACIÓN MÉDICA INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE REHABILITACIÓN / EDUCATIVA

A completar por el médico tratante

Estimado Profesional: Este formulario es para realizar la solicitud **individual** de cada prestación requerida, indicando frecuencia semanal y período. Por favor, complete tantos formularios como prestaciones requiera su paciente, con letra imprenta legible. Cualquier cambio de tinta, letra, corrección, enmienda, etc., deben ser salvados con firma y sello profesional.

DATOS IDENTIFICATORIOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre del Afiliado

Nº S.S. OSFATLyF

CUIL

Edad

DIAGNÓSTICO CUD

SOLICITUD DE PRESTACIÓN

Si el/la paciente tiene entre 1 y 4 años inclusive, la prestación es solicitada bajo la modalidad "estimulación temprana"

Prestación requerida

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kinesiología | <input type="checkbox"/> Kinesiología en el agua / Hidroterapia |
| <input type="checkbox"/> Fonoaudiología | <input type="checkbox"/> Psicopedagogía |
| <input type="checkbox"/> Psicología | <input type="checkbox"/> Psicomotricidad |
| <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional | <input type="checkbox"/> Musicoterapia |
| <input type="checkbox"/> Otra (especificar): | <input type="text"/> |

Cantidad de **sesiones por semana**:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maestra de apoyo (*) | <input type="checkbox"/> Apoyo a la integración escolar equipo (*) |
| <input type="checkbox"/> Otra (especificar): | <input type="text"/> |

Cantidad de **horas por semana**:

Período de solicitud

Desde (mes y año):

Hasta (mes y año):

El período puede ser hasta anual (ej.: desde enero hasta diciembre; desde marzo hasta febrero del año siguiente).

(*) El periodo de las prestaciones Apoyo a la integración escolar y Maestra de apoyo debe **respetar el ciclo lectivo**.

Fecha (día, mes, año) anterior al inicio
del período

Firma y Sello del Médico tratante