

Prestaciones de Rehabilitación/Habilitación Discapacidad INDICACIÓN MÉDICA DE PRESTACIÓN INSTITUCIONAL

A completar por el médico tratante

Estimado Profesional: Este formulario es para realizar la solicitud **individual** de cada prestación requerida, indicando tipo de concurrencia 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

SOLICITUD DE PRESTACIÓN

Tipo de Establecimiento

☐

Centro de Día

☐

Centro Educativo Terapéutico

☐

Formación Laboral

☐

Aprestamiento Laboral

☐

Escuela Especial

☐

Hogar (especificar) L a V o permanente:

☐

Otro (especificar):

Especificaciones

Jornada:

☐

Simple

Requiere Dependencia

☐

No

☐

Doble

☐

Sí (*)

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 diciembre).

Las prestaciones educativas (Escuela Especial, Formación Laboral) deben respetar el período del ciclo lectivo vigente.

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

Firma y Sello del Profesional

(*) En caso de requerir dependencia, por favor adjuntar el Índice de Escala FIM.