

# ANEXO 4 - SOLICITUD DE PRESTACIONES

## A Completar por el Médico Tratante

Fecha: ...../...../.....

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

### DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Apellidos y Nombres .....

DNI: ..... Fecha de Nacimiento: ..... Edad: .....

### DIAGNÓSTICO

### PRESTACIONES SOLICITADAS

Institución (CET- Centro de Día - Escuela Especial, etc.) Requiere: SI  NO

Especialidad: .....

Periodo: desde ..... (mes y año) hasta ..... (mes y año)

Tipo de Jornada: simple  doble  Comedor en jornada simple

DEPENDENCIA SI  NO  En caso afirmativo deberá anexar Formulario FIM

Justificación médica de la dependencia:

Maestro de Apoyo por Hora - Requiere: SI  NO

Módulo Maestro de Apoyo - Requiere: SI  NO

Módulo de Apoyo a la Integración Escolar Equipo Requiere: SI  NO

Periodo: de ..... (mes y año) hasta ..... (mes y año)

Cantidad de horas semanales .....

TERAPIAS DE REHABILITACIÓN POR SESIÓN (Psicología, Fonoaudiología, Kinesiología, etc. indicar cada una, con cantidad de sesiones semanales y durante qué periodo.

• Especialidad .....Cantidad de sesiones semanales: .....  
Período: de ..... (mes) hasta ..... (mes) del año .....

• Especialidad .....Cantidad de sesiones semanales: .....  
Período: de ..... (mes) hasta ..... (mes) del año .....

• Especialidad .....Cantidad de sesiones semanales: .....  
Período: de ..... (mes) hasta ..... (mes) del año .....

• Especialidad .....Cantidad de sesiones semanales: .....  
Período: de ..... (mes) hasta ..... (mes) del año .....

Firma y Sello  
del médico: