MÓDELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA INTEGRACIÓN ESCOLAR

FECHA / /

APELLIDO Y NOMBRE .....

DNI ..... EDAD .....

DIAGNÓSTICO .....

.....

Solicito módulo de apoyo a la integración escolar con equipo.

Período desde: hasta 2027

.....

Firma y sello del profesional solicitante

MÓDELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA TRANSPORTE

FECHA / /

APELLIDO Y NOMBRE .....

DNI ..... EDAD .....

DIAGNÓSTICO .....

.....

Solicito transporte desde .....

hacia .....

Período desde: hasta 2027
Con dependencia: SI / NO
Justificación médica del por qué no se puede trasladar en transporte público: .....

.....

.....

.....

Firma y sello del profesional solicitante

MÓDELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA MAESTRA DE APOYO

FECHA / /

APELLIDO Y NOMBRE .....

DNI ..... EDAD .....

DIAGNÓSTICO .....

.....

Solicito módulo maestra de apoyo.

Período desde: hasta 2027

.....

Firma y sello del profesional solicitante

MÓDELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA REHABILITACIÓN

FECHA / /

APELLIDO Y NOMBRE .....

DNI ..... EDAD .....

DIAGNÓSTICO .....

.....

Solicito MÓDULO INTEGRAL INTENSIVO / MODULO INTEGRAL SIMPLE (tachar lo que no corresponda)

Fonoaudiología ..... sesiones semanales .....sesiones mensuales
Kinesiología ..... sesiones semanales ..... sesiones mensuales
Psicopedagogía ..... sesiones semanales .....sesiones mensuales
Psicología ..... sesiones semanales .....sesiones mensuales
Terapia Ocupacional ..... sesiones semanales .....sesiones mensuales
Estimulación Visual ..... sesiones semanales .....sesiones mensuales
Musicoterapia ..... sesiones semanales .....sesiones mensuales
Psicomotricidad ..... sesiones semanales .....sesiones mensuales
Otra

Periodo desde: hasta 2027

.....

Firma y sello del profesional solicitante

MÓDELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA INSTITUCIONES

FECHA / /

APELLIDO Y NOMBRE .....

DNI ..... EDAD .....

DIAGNÓSTICO .....

.....

Solicito (tildar lo que corresponda)
___ CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO - Con dependencia: SI / NO
___ CENTRO DE DIA - Con dependencia: SI / NO
___ HOGAR - Con dependencia: SI / NO

Tipo de jornada:
___ *Jornada simple*
____*Jornada doble*

Período desde: hasta 2027

.....

Firma y sello del profesional solicitante

MÓDELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA

FECHA / /

APELLIDO Y NOMBRE .....

DNI ..... EDAD .....

DIAGNÓSTICO .....

.....

Solicito (tildar lo que corresponda)
___ ESCOLARIDAD PRE-PRIMARIA
___ ESCOLARIDAD PRIMARIA
___ FORMACIÓN LABORAL
___ APRESTAMIENTO LABORAL

Tipo de jornada:
___ *Jornada simple*
____*Jornada doble*

Período desde: hasta 2027

.....

Firma y sello del profesional solicitante

MÓDELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA ESTIMULACIÓN TEMPRANA

FECHA / /

APELLIDO Y NOMBRE .....

DNI ..... EDAD .....

DIAGNÓSTICO .....

.....

Solicito módulo de estimulación temprana

Período desde: hasta 2027

.....

Firma y sello del profesional solicitante