



SOLICITUD DE PRESTACION

Nombre y Apellido del Beneficiario : _____

N.º de Afiliado : _____ D.N.I: _____ Edad: _____

Se indica (especificar tratamiento): _____

Cant. De Sesiones Semanales: _____
(Terapias-Centros-Est. Temprana)

Dependencia (act. básicas de la vida cotidiana): SI – NO (tachar lo que no corresponda)

Cant. De Horas Semanales: _____
(Mod.Int.Escolar y/o Maestra de Apoyo)

Tipo de Jornada: Simple: _____ Doble: _____

Periodo Prestacional : Desde: _____ Hasta: _____ Año : _____
(indicar desde-hasta,mes y año)

Diagnostico: _____

Fecha
(debe ser anterior al periodo solicitado)

Firma de Médico/a Tratante