

Modelo Prescripción Médica
MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

Fecha:

Nombre y Apellido del Afiliado:

DNI:

Diagnóstico:

Prestación solicitada:

Frecuencia:

Estimado/a Doctor/a considerar si el Afiliado requerirá de la asistencia durante toda su Jornada Escolar o puede ser fraccionada ya que por la alta demanda de esta Prestación como del estado de emergencia de Docentes, los Centros están ofreciendo 8 hs. semanales y no más.

Período: de a 2025

Firma y Sello del Médico Tratante
(con tipo y número de Matrícula LEGIBLE)