

PACIENTE				FECHA		
AFILIADO		LOCALIDAD				
F. NACIMIENTO		EDAD				
DIAGNOSTICOS					VENCIMIENTO	
					CUD	

TIPO DE ESCOLARIZACION			JORNADA	Simple		
				Doble		
Especial	PERIODO					
CET	PERIODO					
Centro de día	PERIODO					
Formación Laboral	PERIODO					

TIPO DE INTEGRACION	PERIODO Y FRECUENCIA	(C)	Indique el carácter (C) de la misma I = INICIO M = MODIFICA C = CONTINUA
Modulo de Apoyo a la Integración Escolar (Maestra integradora y equipo interdisciplinario) 20 hs. semanales			
Maestra de apoyo (Prestación hasta 6 hs semanales)			
Modulo maestra de apoyo (Prestación 4 hs diarias de lunes a viernes)			

PRESTACIONES	SESIONES	PERIODO	C
PSICOLOGÍA			
PSICOPEDAGOGIA			
FONOAUDIOLOGIA			
ESTIMULACION TEMPRANA			
MOD. ESTIMULACION TEMPRANA			
TERAPIA OCUPACIONAL			
KINESIOLOGIA			
PSICOMOTRICIDAD			
RESIDENCIA, PEQUEÑOS HOGARES Y HOGARES			

ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO (Hasta 12hs diarias)	PERIODO- FRECUENCIA Y CANTIDAD DE HORAS	(C)	Indique el carácter (C) de la misma I = INICIO M = MODIFICA C = CONTINUA
INDICACIONES			
ÁMBITO DE LA VIDA DIARIA	ÁMBITO ESCOLAR		

CUIDADOR DOMICILIARIO	PERIODO Y FRECUENCIA Y CANTIDAD DE HORAS	(C)	Indique el carácter (C) de la misma
INDICACIONES			I = INICIO M= MODIFICA C= CONTINUA

TRANSPORTE	PERIODO / FRECUENCIA LUGAR DE PARTIDA Y DESTINO	(C)	Indique el carácter (C) de la misma
INDICACIONES			I = INICIO M= MODIFICA C= CONTINUA
CON DEPENDENCIA	SIN DEPENDENCIA		

NOTAS U OBSERVACIONES

MEDICO ESPECIALISTA

IMPORTANTE:

Estimado Profesional:

Todas las prestaciones, incluyendo Transporte, deberán referir periodo, frecuencia semanal, cantidad de horas, según corresponda.