



## Prestaciones de Rehabilitación/Educativas Discapacidad INDICACIÓN MÉDICA DE PRESTACIÓN DE REHABILITACIÓN

Sr. Profesional, por favor completar esta indicación en letra imprenta, mayúscula legible.  
Muchas gracias por su colaboración.

### DATOS IDENTIFICATORIOS

.....  
Apellido y Nombre del Afiliado

.....  
N° S.S. OSPF

.....  
CUIL

.....  
Edad

### DIAGNÓSTICO

.....  
.....  
.....

### SOLICITUD DE PRESTACIÓN

**Prestación requerida**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kinesiología        | <input type="checkbox"/> Maestra de Apoyo                        |
| <input type="checkbox"/> Fonoaudiología      | <input type="checkbox"/> Psicopedagogía                          |
| <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional | <input type="checkbox"/> Psicomotricidad                         |
| <input type="checkbox"/> Psicología          | <input type="checkbox"/> Hidroterapia                            |
| <input type="checkbox"/> Musicoterapia       | <input type="checkbox"/> Apoyo a la integración escolar (equipo) |
| <input type="checkbox"/> Otra (especificar): |  |

Si el paciente tiene entre 1 y 4 años inclusive, por favor solicitar la prestación bajo la modalidad "estimulación temprana". Ejemplo: Estimulación temprana de fonoaudiología.

Bajo modalidad Estimulación Temprana:

SI

NO

Cantidad de sesiones / horas por semana:.....

Período de solicitud:

Desde (mes y año):.....

Hasta (mes y año):.....

El período puede ser hasta anual (ej.: desde enero hasta diciembre; desde marzo hasta febrero del año siguiente).

Las prestaciones de Apoyo a la integración escolar y Maestra de apoyo deben ser solicitadas respetando el ciclo lectivo.

.....  
Fecha (Anterior al inicio del período)

.....  
Firma y Sello del Profesional