Form. 002

****

 **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 Firma de Médico/a Tratante**

*(debe ser anterior al periodo solicitado)*

Moreno 2681 (1094) Balvanera C.A.B.A

Tel: 4956-0954 / 4956-0321