

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

ORDEN MÉDICA – FORMULARIO 4

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Titular ☐ Cónyuge ☐ Concubino/a ☐ Hijo/a ☐ Otro ☐

Indicar género según su DNI: F ☐ M ☐ X (no binario) ☐

Se indica (marcar con una cruz lo que corresponda):

MAESTRA DE APOYO ☐

APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EN EQUIPO ☐

Por la cantidad de (indicar cantidad de horas *semanales*): _____

Período prestacional (mes desde – hasta. Año calendario): _____

Diagnóstico: _____

Firma y sello del médico/a tratante