

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - EDUCATIVAS

Fecha: ____ / ____ / ____

ORDEN MÉDICA

Apellido y Nombre: _____

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

Obra social: _____ Sexo: F / M

Categoría (marcar con una cruz el que corresponda):

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

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

MAESTRA DE APOYO ☐ APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR (EQUIPO) ☐

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

Período prestacional (mes desde – hasta): _____

Año lectivo: _____

Diagnóstico: _____

Firma y sello de médico tratante: _____