

**ANEXO 1**  
**PRESCRIPCIÓN MÉDICA**

Fecha: ...../...../.....

**DATOS PERSONALES**

Apellido y Nombre: .....

Fecha de nacimiento: ..... DNI: .....

Diagnóstico: .....

.....

.....

.....

**SOLICITUD MÉDICA INDICANDO PRESTACIONES SOLICITADAS PARA EL 2025**

(se deberá indicar con una X en donde correspondiera y especificar lo solicitado según corresponda)

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | CENTRO DE DÍA<br>Periodo:<br>Jornada: Simple ..... Doble.....                       |
| <input type="checkbox"/> | CENTRO EDUCATIVO TERAPEÚTICO<br>Periodo:<br>Jornada: Simple ..... Doble.....        |
| <input type="checkbox"/> | FORMACIÓN LABORAL<br>Periodo:<br>Jornada: Simple ..... Doble.....                   |
| <input type="checkbox"/> | APRESTAMIENTO LABORAL<br>Periodo:<br>Jornada: Simple ..... Doble.....               |
| <input type="checkbox"/> | ESCOLARIDAD PRE-PRIMARIA<br>Periodo:<br>Jornada: Simple ..... Doble.....            |
| <input type="checkbox"/> | ESCOLARIDAD PRIMARIA<br>Periodo:<br>Jornada: Simple ..... Doble.....                |
| <input type="checkbox"/> | HOGAR<br>Periodo:<br>Dependencia: SI – NO   |
| <input type="checkbox"/> | HOGAR CON OTRA PRESTACIÓN ESPECIFICAR:<br>.....<br>Periodo:<br>Dependencia: SI – NO |
| <input type="checkbox"/> | HOGAR PERMANENTE<br>Periodo:  |
| <input type="checkbox"/> | HOGAR PERMANENTE CON OTRA PRESTACIÓN ESPECIFICAR:<br>.....<br>Periodo:              |

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | PEQUEÑO HOGAR   |
|                          | Periodo:  |
| <input type="checkbox"/> | PEQUEÑO HOGAR PERMANENTE  |
|                          | Periodo:  |
| <input type="checkbox"/> | INTEGRACIÓN ESCOLAR<br>(MAESTRA DE APOYO ó MÓD. DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR (EQUIPO)) |
|                          | Cantidad de horas semanales:  |
|                          | Periodo:  |
|                          | (AFILIADOS DE 1 A 6 AÑOS)   |
|                          | ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN:   |
| <input type="checkbox"/> | CENTRO  |
| <input type="checkbox"/> | PRESTACIONES (ESPECIFICAR CUÁL/ES Y CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES)                         |
|                          | Prestación: .....   |
|                          | Cantidad de sesiones por semana: .....  |
|                          | Periodo: .....  |
|                          | Prestación: .....   |
|                          | Cantidad de sesiones por semana: .....  |
|                          | Periodo: .....  |
|                          | Prestación: .....   |
|                          | Cantidad de sesiones por semana: .....  |
|                          | Periodo: .....  |
|                          | Prestación: .....   |
|                          | Cantidad de sesiones por semana: .....  |
|                          | Periodo: .....  |
|                          | REHABILITACIÓN:   |
| <input type="checkbox"/> | HOSPITAL DE DÍA   |
| <input type="checkbox"/> | INTERNACIÓN   |
| <input type="checkbox"/> | MÓDULO INTEGRAL   |
|                          | SIMPLE..... INTENSIVO.....  |
|                          | Periodo:  |

|  |  |
|--|--|
|  | <b>PRESTACIÓN DE APOYO (CUÁL Y CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES)</b> |
|  | Prestación: .....  |
|  | Cantidad de sesiones por semana: .....                             |
|  | Periodo: .....   |
|  | Prestación: .....  |
|  | Cantidad de sesiones por semana: .....                             |
|  | Periodo: .....   |
|  | Prestación: .....  |
|  | Cantidad de sesiones por semana: .....                             |
|  | Periodo: .....   |
|  | Prestación: .....  |
|  | Cantidad de sesiones por semana: .....                             |
|  | Periodo: .....   |
|  | Prestación: .....  |
|  | Cantidad de sesiones por semana: .....                             |
|  | Periodo: .....   |
|  | Prestación: .....  |
|  | Cantidad de sesiones por semana: .....                             |
|  | Periodo: .....   |
|  | <b>TRANSPORTE</b>  |
|  | <b>LUGAR DE PARTIDA:</b>   |
|  | .....  |
|  | .....  |
|  | .....  |
|  | <b>LUGAR DE DESTINO:</b>   |
|  | .....  |
|  | .....  |
|  | .....  |
|  | Periodo:   |
|  | Dependencia: SI – NO   |
|  | <b>ALIMENTACIÓN</b>  |
|  | Periodo:   |

.....  
Firma y Sello del Médico Tratante