

## MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA

### MÓDULO MAESTRO DE APOYO

Fecha:

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

PRESTACIÓN SOLICITADA: \_\_\_\_\_

FRECUENCIA: \_\_\_\_\_

Estimado/a Doctor/a considerar si el Afiliado requerirá de la asistencia durante toda su Jornada Escolar o puede ser fraccionada ya que por la alta demanda de esta Prestación como del estado de emergencia de Docentes, los Centros están ofreciendo 8 hs. semanales y no más.

PERÍODO: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ 202\_\_

**DATOS DEL MÉDICO TRATANTE**  
(con tipo y número de matrícula LEGIBLE)

Firma:

Sello:

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD



discapacidad@osamoc.com.ar



5263-7008 Internos: 1088 / 1089 /1090