

ORDEN MÉDICA

APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR / MAESTRA DE APOYO A LA INTEGRACION Ver 1 21112018

OBRA SOCIAL:.....

FECHA/...../.....

| NOMBRE | | APELLIDO | | N° DE BENEFICIARIO | |
|--------------|-----------------|----------|------|--------------------|--|
| | | | | | |
| Tipo de Doc. | N° de Documento | Ed d | Sexo | | |
| | | | | | |

Diagnóstico.....

Se indica el tratamiento de Maestra de Apoyo / Apoyo a la integración escolar (equipo)

para el período transcurrido entre meses.....y.....del año.....

Justificación Médica:.....

.....

.....

.....
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE