



INFORME PROFESIONAL PARA DERIVACIÓN
A EDUCACIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA DE NIVEL SECUNDARIO
UNCUYO

Formulario 2

(Completar en letra imprenta)

A- DATOS PERSONALES DEL ALUMNO:

Apellido y Nombres del Alumno: _____

Edad: _____ D.N.I.N°: _____

Fecha de nacimiento: _____

B- DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

C- TRATAMIENTO Y TIEMPO ESTIMADO DE DURACIÓN DEL MISMO:

D- TIEMPO ESTIMADO DE REPOSO DOMICILIARIO/INTERNACIÓN HOSPITALARIA (expresado en días o meses): _____

E- FUNDAMENTACIÓN DEL REPOSO DOMICILIARIO QUE LE IMPIDE ASISTIR A LA ESCUELA:

F- OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES PARA EL EQUIPO DE EDUCACIÓN DOMICILIARIA:

NOTA: Este certificado tiene validez por el lapso de 2 meses a partir de la fecha de emisión.-

MENDOZA, _____ de _____ de 20 _____

Nombre del Centro de Salud, Hospital
o Institución interviniente

Firma y Sello del Médico