

TRÁMITES OFICIALES-DISCAPACIDAD

TELÉFONOS: 4011-5128/FAX:4011-5129



O. S. C. T. C. P.
Moreno 3037 - CABA
Reg. INOS 1-2160

ORDEN DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA

(Se deberán completar todos los casilleros)

Form /2024

| | | | |
|----------------------|--|-----------------|--|
| APELLIDO Y NOMBRE: | | | |
| TIPO Y N° DE DOC. : | | N° DE AFILIADO: | |
| FECHA DE NACIMIENTO: | | EDAD: | |

| | |
|------------------------------|--------------------------|
| INICIO DE TRATAMIENTO | <input type="checkbox"/> |
| RENOVACIÓN TRATAMIENTO ANUAL | <input type="checkbox"/> |

| MÓDULO | JORNADA | |
|------------------------------|---------|-------|
| | Simple | Doble |
| ESCOLARIDAD ESPECIAL | | |
| CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO | | |
| FORMACIÓN LABORAL | | |
| CENTRO DE DÍA | | |
| HOSPITAL DE DÍA | | |

| | |
|--|--|
| HOGAR PERMANENTE | |
| HOGAR DE LUNES A VIERNES | |
| HOGAR PERMANENTE CON CENTRO DE DÍA | |
| HOGAR DE LUNES A VIERNES CON CENTRO DE DÍA | |
| HOGAR PERMANENTE CON CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO | |
| HOGAR DE LUNES A VIERNES CON CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO | |
| ESTIMULACIÓN TEMPRANA | |
| MODULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR O MÓDULO MAESTRA DE APOYO | |
| OTROS: | |

| | |
|----------------------|--|
| PRESTACIÓN DE APOYO: | |
| | |

| | | |
|----------------------|----------------------------------|--|
| TRATAMIENTO INTEGRAL | SIMPLE (MENOR A 5 SESIONES) | |
| | INTENSIVO (5 SESIONES SEMANALES) | |

ESPECIALIDAD CANT. DE SESIONES SEMANALES (EN N°)

| | |
|---------------------------------|--|
| KINESIOLOGÍA - FISIOTERAPIA | |
| PSICOMOTRICIDAD | |
| TERAPIA OCUPACIONAL | |
| PSICOLOGÍA | |
| FONOAUDIOLOGÍA - NEUROLINGÜISTA | |
| PSICOPEDAGOGÍA | |

La periodicidad de las sesiones es por cada especialidad, no en conjunto. El tratamiento integral requiere de dos especialidades como mínimo para ser tomado como tal.

| PERÍODO DE COBERTURA | DESDE | HASTA | AÑO | TOTAL MESES |
|----------------------|-------|-------|-----|-------------|
| | | | | |

DIAGNÓSTICO:

LUGAR Y FECHA (DÍA - MES - AÑO)

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL