

TRÁMITES OFICIALES-DISCAPACIDAD
TELÉFONOS: 4011-5100 int 205



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

ORDEN DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA
 (Se deberán completar todos los casilleros)

Form /2025

APELLIDO Y NOMBRE:	
TIPO Y Nº DE DOC. :	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD :

INICIO DE TRATAMIENTO	
RENOVACIÓN TRATAMIENTO ANUAL	

MÓDULO INSTITUCIONES	MARCAR CON UNA X LO QUE CORRESPONDA			
	JORNADA		DEPENDENCIA	
	Simple	Doble	SI	NO
ESCOLARIDAD ESPECIAL				
CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO				
FORMACIÓN LABORAL				
CENTRO 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				
			DEPENDENCIA	
			SI	NO
TRANSPORTE A INSTITUCIONES				
PERIODO DE COBERTURA : 2025		DESDE	HASTA	

MÓDULO TRATAMIENTOS AMBULATORIOS	MARCAR CON UNA X LO QUE CORRESPONDA	
HOSPITAL DE DÍA		
ESTIMULACIÓN TEMPRANA		
MODULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR O MÓDULO MAESTRA DE APOYO		
PRESTACIÓN DE APOYO:		
PERIODO DE COBERTURA : 2025	DESDE	HASTA

TRATAMIENTO INTEGRAL:	MARCAR CANTIDAD DE SESIONES EN N.º
ESPECIALIDAD	
KINESIOLOGÍA - FISIOTERAPIA	
PSICOMOTRICIDAD	
TERAPIA OCUPACIONAL	
PSICOLOGÍA	
FONOAUDILOGÍA - NEUROLINGÜISTA	
PSICOPEDAGOGÍA	
OTROS	
	DEPENDENCIA
	SI NO
TRANSPORTE A TRATAMIENTOS AMBULATORIOS	
PERIODO DE COBERTURA : 2025	DESDE HASTA

DIAGNOSTICO:

.....

.....
 LUGAR Y FECHA (DIA-MES-AÑO)

.....
 FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL