TRÁMITES OFICIALES-DISCAPACIDAD

TELÉFONOS: 4011-5128/FAX:4011-5129

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

Form /2023

ORDEN DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA

(Se deberán completar todos los casilleros)

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

INICIO DE TRATAMIENTO	
RENOVACIÓN TRATAMIENTO ANUAL	

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	
TRANSPORTE hacia:	
INSTITUTOS EDUCATIVOS	
INSTITUTOS DE REHABILITACIÓN	
PRESTACIÓN DE APOYO	
OTROS:	

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

ESPECIALIDAD CANT. DE SESIONES SEMANALES (EN Nº)

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