

**ORDEN MÉDICA**  
**(prestación de apoyo)**

Versión 11092024

**Obra Social: OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA MOLINERA**

**Fecha:** .....

**Nombre y Apellido del Paciente:** .....

**DNI del paciente:** .....

**Edad:** .....

**Sexo:** .....

**Diagnóstico:** .....

1.- Se indica ..... (especificar tratamiento) por la cantidad de ..... sesiones semanales durante el periodo ..... (mes) y ..... (mes) del año .....

2.- Se indica ..... (especificar tratamiento) por la cantidad de ..... sesiones semanales durante el periodo ..... (mes) y ..... (mes) del año .....

3.- Se indica ..... (especificar tratamiento) por la cantidad de ..... sesiones semanales durante el periodo ..... (mes) y ..... (mes) del año .....

4.- Se indica ..... (especificar tratamiento) por la cantidad de ..... sesiones semanales durante el periodo ..... (mes) y ..... (mes) del año .....

5.- Se indica ..... (especificar tratamiento) por la cantidad de ..... sesiones semanales durante el periodo ..... (mes) y ..... (mes) del año .....

6.- El paciente requiere dependencia ..... (si/no).-

.....

*(firma y sello del médico tratante)*