

Fecha: / /

Nombre y Apellido del Paciente:

DNI del paciente: Edad Género.....

Diagnóstico:

.....

Se indica el siguiente tratamiento ⁽¹⁾ ⁽²⁾:

En caso de corresponder: SESIONES MENSUALES:

PERIODO PRESTACIONAL: desde el MES de hasta el MES de

..... del año

El paciente requiere **dependencia**: SI / NO ⁽³⁾

.....
(firma y sello del médico tratante)

(1) Las prestaciones de apoyo deben prescribirse indicando cantidad de sesiones semanales, mes de inicio y mes de finalización de la prestación (por año calendario).

(2) En caso de que el médico indique maestro de apoyo, se debe utilizar ESTE mismo modelo de Orden Médica, empleando el procedimiento de una terapia individual, es decir, especificar desde qué mes hasta cuando.

(3) En caso de prescribirse centros, indicarse el tipo de jornada.

(4) En caso de requerir dependencia, acompañar tabla FIM