

Fecha: ..... / ..... / .....

Nombre y Apellido del Paciente: .....

DNI del paciente: ..... Edad ..... Sexo .....

Diagnóstico: .....

.....

.....

Se indica el siguiente tratamiento <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup>:

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

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

(1) Las prestaciones de apoyo deben prescribirse indicando cantidad de sesiones semanales y desde qué mes hasta cuando.

(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