

ORDEN MÉDICA – (Institución)

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Categoría: (marcar con una cruz el que corresponda. Si es VOLUNTARIO, sólo tildar la opción.
Si es OBLIGATORIO, mencionar la OBRA SOCIAL.)

Voluntario: ☐ Obligatorio: ☐ Obra social (mencionar el nombre de la obra social): _____Titular ☐ Cónyuge ☐ Concubino/a ☐ Hijo/a ☐ Otro ☐

Se indica (especificar tratamiento): _____

Horario: _____

Jornada: _____

Período prestacional (mes desde – hasta): _____

Año lectivo: _____

Diagnóstico: _____

Firma y sello del médico tratante