

ORDEN MÉDICA

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):* _____

Jornada _____

Período prestacional *(mes desde – hasta):* _____

Año lectivo: _____

Diagnóstico: _____

Firma y sello del médico tratante