



ORDEN DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA

(Se deberán completar todos los casilleros)

APELLIDO Y NOMBRE:			
TIPO Y N° DE DOC. :			
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD :		
INICIO DE TRATAMIENTO			
RENOVACION TRATAMIENTO ANUAL			

MÓDULO INSTITUCIONES	MARCAR CON UNA X LO QUE CORRESPONDA			
	JORNADA		DEPENDENCIA	
	SIMPLE	DOBLE	SI	NO
ESCOLARIDAD ESPECIAL				
CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO				
FORMACIÓN LABORAL				
CENTRO DE DÍA				
HOGAR PERMANENTE				
HOGAR DE LUNES A VIERNES				
HOGAR PERMANENTE CON CENTRO DE DÍA				
HOGAR DE LUNES A VIERNES CON CENTRO DE DÍA				
HOGAR PERMANENTE CON CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO				
HOGAR DE LUNES A VIERNES CON CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO				
PERIODO DE COBERTURA : 2027	DESDE		HASTA	

MÓDULO TRATAMIENTOS AMBULATORIOS		MARCAR CON UNA X LO QUE CORRESPONDA
HOSPITAL DE DÍA		
ESTIMULACIÓN TEMPRANA		
MODULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR O MÓDULO MAESTRA DE APOYO		
PRESTACIÓN DE APOYO:		
PERIODO DE COBERTURA : 2027	DESDE	HASTA

TRATAMIENTO INTEGRAL: ESPECIALIDAD		MARCAR CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES EN N.º
KINESIOLOGÍA - FISIOTERAPIA		
PSICOMOTRICIDAD		
TERAPIA OCUPACIONAL		
PSICOLOGÍA		
FONOAUDIOLOGÍA - NEUROLINGÜISTA		
PSICOPEDAGOGÍA		
OTROS		
PERIODO DE COBERTURA : 2027	DESDE	HASTA

DIAGNOSTICO:
.....

.....
LUGAR Y FECHA (DIA-MES-AÑO)

.....
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL