

FECHA DE EMISIÓN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*La fecha de emisión deberá ser anterior al inicio de la prestación*

## **Anexo II**

### **ORDEN MÉDICA**

#### Datos del afiliado

Nombre y apellido: .....

DNI: .....

Edad: .....

Diagnóstico según CUD: .....

.....

Se indica (especificar tratamiento): .....

por la cantidad de ..... sesiones semanales desde ..... (mes) y hasta

..... (mes) del año 20 .....

.....

Firma y sello del Médico tratante