

ORDEN MÉDICA – PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN (FORMULARIO 2)

Fecha de emisión: ___/___/___

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y apellido: _____

Tipo y número de documento: _____

Edad: _____

DIAGNÓSTICO SEGÚN CUD: _____

SE INDICA _____ (indicar especialidad) POR LA CANTIDAD
DE _____ SESIONES SEMANALES, DESDE _____ (mes y
año de inicio) Y HASTA _____ (mes y año de finalización).

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE