osdop
Dirección de Prestaciones de Salud

5° PEDIDO MÉDICO

Completo y firmado por el médico/a tratante.

Fecha: / /

Apellido y nombre del afiliado/a:		
DNI:	N° de afiliado/a:	Edad:
Diagnóstico:		

Indicar la prestación requerida, especificando tipo de prestación, cantidad de sesiones semanales, tipo de jornada (simple/doble), dependencia (cuando corresponda).

Período 2027: desde (mes): _____ hasta (mes): _____

Firma *(manuscrita)* y sello del médico/a tratante

Aclaración