OSPIM
Obra Social del Personal de la Industria de la Madera
Solidaridad y Organización al Servicio de la Familia

ANEXO 24 - EJEMPLOS DE ÓRDENES MÉDICAS

Apellido y Nombre: Gómez, Juana DNI: 12.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: Trastorno Generalizado del Desarrollo Indicación Médica: Solicito **Psicopedagogía 2 sesiones semanales** Período: Enero a Diciembre 2024 Fecha: 22/12/2023 Firma y Sello del Médico Tratante *** 3**	Apellido y Nombre: Rumez, Alma DNI: 12.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: Trastorno Generalizado del Desarrollo Indicación Médica: **Solicito Módulo Integral Intensivo** en: Fonoaudiología 2 sesiones por semana Psicología 2 sesiones por semana Terapia Ocupacional 2 sesiones por semana Período: Enero a Diciembre 2024 Fecha: 22/12/2023 Firma y Sello del Médico Tratante	Apellido y Nombre: Peli, José DNI: 12.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: Trastorno Generalizado del Desarrollo Indicación Médica: **Solicito Módulo Integral Simple** en: Fonoaudiología 2 sesiones por semana Psicología 2 sesiones por semana Período: Enero a Diciembre 2024 Fecha: 22/12/2023 Firma y Sello del Médico Tratante
Apellido y Nombre: Bermúdez, Antonia DNI: 28.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: ECNE Indicación Médica: Solicito, dada su patología de base (discapacidad motora), **traslado de domicilio a Escuela Especial y/o Común** ***1** ***3** Período: Marzo a Diciembre 2024 Fecha: 22/12/2023 Firmay Sello del MédicoTratante	Apellido y Nombre: Bermúdez, Antonia DNI: 28.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: ECNE Indicación Médica: Solicito **Escuela Especial Primaria, jornada simple** Período: Febrero a Diciembre 2024 ***2** Fecha: 22/12/2023 Firma y Sello del Médico Tratante	Apellido y Nombre: Bermúdez, Antonia DNI: 28.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: ECNE Indicación Médica: Solicito, dada su patología de base (discapacidad motora), **traslado de domicilio a terapias de rehabilitación** Período: Febrero a Diciembre 2024 ***1** Fecha: 22/12/2023 Firma y Sello del Médico Tratante

***1** Indicar la dependencia si corresponde
***2**: Para escolaridad en escuela especial y/o Integración Escolar, la matrícula se incluye agregando el mes de febrero
***3** Para esta prestación se debe presentar constancia de alumno regular si concurre a Escuela Común, Nombre completo del Establecimiento, Número de CUE, Domicilio, Teléfono y Mail del mismo

Apellido y Nombre: Terry, Florencia DNI: 40.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: Trastorno Generalizado del Desarrollo Indicación Médica: Solicito **Módulo Maestra de Apoyo** Período: Marzo a Diciembre 2024 Fecha: 22/12/2023 Firma y Sello del Médico Tratante *3	Apellido y Nombre: Carrera, Cristina DNI: 44.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: Trastorno Generalizado del Desarrollo Indicación Médica: Solicito **Módulo Apoyo a la Integración Escolar** Período: Marzo a Diciembre 2024 Fecha: 22/12/2023 Firma y Sello del Médico Tratante *2 *3
Apellido y Nombre: Helguera, Jacinta DNI: 39.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: Retraso Mental Moderado. Hipoacusia Indicación Médica: Solicito **Centro Educativo Terapéutico, Jornada simple** Período: Enero a Diciembre 2024 Fecha: 22/12/2023 *1 Firma y Sello del Médico Tratante	Apellido y Nombre: Crisol, Eugenia DNI: 51.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: ECNE Indicación Médica: Solicito **Módulo de Estimulación Temprana** Período: Febrero a Diciembre 2024 Fecha: 22/12/2023 Firma y Sello del Médico Tratante
Apellido y Nombre: Pristez, Jacinta DNI: 38.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: Retraso Mental Severo. TGD. Autismo Indicación Médica: Solicito **Hogar Permanente** Período: Enero a Diciembre 2024 Fecha: 22/12/2023 *1 Firma y Sello del Médico Tratante	Apellido y Nombre: Ortega, Julieta DNI: 37.129.576 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: Retraso Mental Leve Indicación Médica: Solicito: Formación laboral, Jornada doble Período: Febrero a Diciembre 2024 Fecha: 22/12/2023 *1 Firma y Sello del Médico Tratante

*** 1** Indicar si corresponde la dependencia
***2**: Para escolaridad en escuela especial u/o Integración Escolar, la matrícula se incluye agregando el mes de febrero
***3** Para esta prestación se debe presentar constancia de alumno regular si concurre a Escuela Común, Nombre completo del Establecimiento, Número de CUE, Domicilio, Teléfono y Mail del mismo