

## **ANEXO 28**

## CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO/INICIO DE TRTAMIENTO

(Resaltar modalidad correspondiente y Completar todos los campos)

DAIL.	Facha da Nas / /
ואכ: Nro. De Afiliado OSPIM	Fecha de Nac// :
Diagnóstico:	
rme de Evaluación Inici	ial/Final:
ativos Generales v Espe	cíficos/Plan de tratamiento:
tivos deficiales y Espe	cincos/Fian de tratamiento.
ahaa aa Aa aliista da baa da	testamat.
nbre y Apellido del Prof	resional:
nicilio donde se brinda	la prestación:
fono del Prestador:	
	tador:

Firma y Sello del Profesional Tratante: