

ANEXO 24 - EJEMPLOS DE ÓRDENES MÉDICAS

<p>Apellido y Nombre: Gómez, Juana DNI: 12.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: Trastorno Generalizado del Desarrollo</p> <p>Indicación Médica: Solicito Psicopedagogía 2 sesiones semanales</p> <p>Período: Enero a Diciembre 2025</p> <p>Fecha: 22/12/2024</p> <p>Firma y Sello del Médico Tratante</p> <p>* 3</p>	<p>Apellido y Nombre: Rumez, Alma DNI: 12.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: Trastorno Generalizado del Desarrollo</p> <p>Indicación Médica: Fonoaudiología 2 sesiones por semana Psicología 2 sesiones por semana Terapia Ocupacional 2 sesiones por semana</p> <p>Período: Enero a Diciembre 2025</p> <p>Fecha: 22/12/2024</p> <p>Firma y Sello del Médico Tratante</p>	<p>Apellido y Nombre: Peli, José DNI: 12.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: Trastorno Generalizado del Desarrollo</p> <p>Indicación Médica: Fonoaudiología 2 sesiones por semana Psicología 2 sesiones por semana</p> <p>Período: Enero a Diciembre 2025</p> <p>Fecha: 22/12/2024</p> <p>Firma y Sello del Médico Tratante</p>
<p>Apellido y Nombre: Bermúdez, Antonia DNI: 28.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: ECNE</p> <p>Indicación Médica: Solicito, dada su patología de base (discapacidad motora), traslado de domicilio a Escuela Especial y/o Común SE DEBE ESPECIFICAR LA IMPOSIBILIDAD DEL TRASLADO EN TRANSPORTE PUBLICO</p> <p>*1 *3</p> <p>Período: Marzo a Diciembre 2025</p> <p>Fecha: 22/12/2024 Firma y Sello del Médico Tratante</p>	<p>Apellido y Nombre: Bermúdez, Antonia DNI: 28.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: ECNE</p> <p>Indicación Médica: Solicito Escuela Especial Primaria, jornada simple</p> <p>Período: Febrero a Diciembre 2025</p> <p>*2</p> <p>Fecha: 22/12/2024</p> <p>Firma y Sello del Médico Tratante</p>	<p>Apellido y Nombre: Bermúdez, Antonia DNI: 28.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: ECNE</p> <p>Indicación Médica: Solicito, dada su patología de base (discapacidad motora), traslado de domicilio a terapias de rehabilitación</p> <p>Período: Febrero a Diciembre 2025 SE DEBE ESPECIFICAR LA IMPOSIBILIDAD DEL TRASLADO EN TRANSPORTE PUBLICO</p> <p>*1</p> <p>Fecha: 22/12/2024</p> <p>Firma y Sello del Médico Tratante</p>

***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

<p>Apellido y Nombre: Terry, Florencia DNI: 40.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: Trastorno Generalizado del Desarrollo</p> <p>Indicación Médica: Solicito Módulo Maestra de Apoyo</p> <p>Período: Marzo a Diciembre 2025</p> <p>Fecha: 22/12/2024</p> <p style="text-align: right;">Firma y Sello del Médico Tratante</p> <p>*3</p>	<p>Apellido y Nombre: Carrera, Cristina DNI: 44.123.456 OSPIM nro. De afiliado</p> <p>Diagnóstico: Trastorno Generalizado del Desarrollo</p> <p>Indicación Médica: Solicito Módulo Apoyo a la Integración Escolar</p> <p>Período: Febrero a Diciembre 2025</p> <p>Fecha: 22/12/2024</p> <p style="text-align: right;">Firma y Sello del Médico Tratante</p> <p>*2 *3</p>
<p>Apellido y Nombre: Helguera, Jacinta DNI: 39.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: Retraso Mental Moderado. Hipoacusia</p> <p>Indicación Médica: Solicito Centro Educativo Terapéutico, Jornada simple</p> <p>Período: Enero a Diciembre 2025</p> <p>Fecha: 22/12/2024</p> <p>*1</p> <p style="text-align: right;">Firma y Sello del Médico Tratante</p>	<p>Apellido y Nombre: Crisol, Eugenia DNI: 51.123.456 OSPIM nro. De afiliado Diagnóstico: ECNE</p> <p>Indicación Médica: Solicito Módulo de Estimulación Temprana</p> <p>Período: Febrero a Diciembre 2025</p> <p>Fecha: 22/12/2024</p> <p style="text-align: right;">Firma y Sello del Médico Tratante</p>
<p>Apellido y Nombre: Pristez, Jacinta DNI: 38.123.456 OSPIM nro. De afiliado</p> <p>Diagnóstico: Retraso Mental Severo. TGD. Autismo</p> <p>Indicación Médica: Solicito Hogar Permanente</p> <p>Período: Enero a Diciembre 2025 Fecha: 22/12/2024</p> <p>*1</p> <p style="text-align: right;">Firma y Sello del Médico Tratante</p>	<p>Apellido y Nombre: Ortega, Julieta DNI: 37.129.576 OSPIM nro. De afiliado</p> <p>Diagnóstico: Retraso Mental Leve</p> <p>Indicación Médica: Solicito: Formación laboral, Jornada doble</p> <p>Período: Febrero a Diciembre 2025 Fecha: 22/12/2024</p> <p>*1</p> <p style="text-align: right;">Firma y Sello del Médico Tratante</p>

* 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