

**HISTORIA CLÍNICA - PRÓRROGA DE PRESTACIONES**

(FORMULARIO 2)

..... / ..... / ..... (1)

**Completar en letra imprenta, sin tachaduras ni enmiendas.****Datos del Afiliado:**

Nombre y apellido: .....

N° Afiliado: ..... Edad: .....

Diagnóstico que figura en el C.U.D: .....

**Resumen de Historia Clínica:**

---

---

---

---

---

---

1. **Prórroga continuidad de prestaciones** (Deberá indicar tipo de prestación y cantidad de horas/sesiones semanales). Este documento deberá presentarse junto con informe evolutivo del Profesional interviniente.

Prestación	Frecuencia semanal	Período comprendido
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

2. **Incorporación de prestaciones:**

Equipo médico: deberá presentar orden médica (formulario 3).

Profesional interviniente: plan de tratamiento y documentación habilitante (si es prestador SOSUNS, no requiere este último).

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Médico

(1) La fecha de la orden deberá ser anterior al inicio del tratamiento.