HISTORIA CLÍNICA - PRÓRROGA DE PRESTACIONES

(FORMULARIO 2)

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

Completar en letra imprenta, sin tachaduras ni enmiendas.

Datos del Afiliado:

Nombre y apellido: _____

Nº 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.