

ANEXO IX

Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turismo, Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina.
Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA
Sector DISCAPACIDAD: sur.disca@uthgra.org.ar
Teléfonos: 4341-8090 Int.: 946-952

MODELO DE EJEMPLO DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA

DATOS NECESARIOS EN EL PEDIDO MÉDICO

Paciente: Nombre y Apellido COMPLETO

N° de afiliado: Número de CARNET - **NO N° de DNI**

Diagnostico: Patología correspondiente.

Solicito para el paciente de referencia llenar prestación /o especialidad solicitada. (Ej. Fonoaudiología, Centro de Día, EGB, etc.)

Cantidad de prestación semanal/ mensual que corresponda (Ej. 2 veces x semana, Jornada Simple, Jornada Doble)

Desde (mes de inicio) hasta (mes final) año 2022.

Firma y sello del profesional

(Fecha anterior al inicio de la prestación/nes solicitada/s)

(Cambios de tinta/ enmiendas o tachaduras deben ser salvadas en la misma receta por el médico suscriptor)

Anexo solo a modo de ejemplo
NO completar