



## DESE ORDEN

PROFESIONAL	
MATRICULA	

**Datos del profesional**

OBRA SOCIAL	
-------------	--

AFILIADO N°	
-------------	--

APELLIDO Y NOMBRE	
-------------------	--

**Datos del paciente**

N° de DOCUMENTO	
-----------------	--

PRESTACIÓN SOLICITADA	
DESCRIPCION:	

**Cod. 33.01.01**

**Terapia Individual**

DIAGNOSTICO	
-------------	--

**Codificado según DSM  
IV o CIER 10**

CANTIDAD DE SESIONES	( )
FECHA DE SESION	FIRMA DEL AFILIADO

**Cantidad de las sesiones en  
letra y N°**

**Fecha de cada sesión y  
firma de conformidad del  
paciente. NECESARIO CON  
TODAS LAS O.S.**

**OBSERVACIONES ( Autorización - copagos - etc. )**

**INDICAR CUALQUIER  
OBSERVACION**

FECHA : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SELLO Y FIRMA DE PROFESIONAL

**FECHA DE  
PRESCRIPCION. Principio  
de mes o 1º sesión**