Solicitud de Prórroga de Atención Psicológica
Afiliados de OSSEG

Datos del paciente

Apellido y Nombre: _____Edad: _____

Nº de Afiliado: _____/_____ Plan: _____

Datos del Prestador

Nº de Prestador: _____ Delegación/Localidad: _____

Información Clínica

Fecha de inicio de tratamiento (primera vez): _____

Cantidad de sesiones consumidas hasta la fecha: _____

Solicita prórroga desde: _____

Motivo de consulta:

_____

_____

_____

Detalle de estado actual:

_____

_____

_____

_____

_____

Objetivos a trabajar:

_____

_____

_____

_____

_____

Modalidad de Tratamiento: _____Código de práctica: _____

Tiempo estimado de tratamiento: _____

Realiza tratamiento psiquiátrico: _____

Diagnósticos:
Eje I: _____
Eje II:
_____
Eje III: _____
Eje IV: _____
Eje V: _____

_____ _____
Fecha de Solicitud Firma y Sello del profesional