



**ORDEN DE TRATAMIENTO**

Foniatria  Kinesiología

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Asociado N°: \_\_\_\_\_

Plan: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Orden Dr.: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

SMG

OPTAR

	FECHA	FIRMA ASOCIADO *
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

Firma del Prestador: \_\_\_\_\_

Aclaración de Firma: \_\_\_\_\_