

**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