



INSTRUCTIVO DE AUTORIZACIÓN OSTCARA (TRABAJADORES DE CARNES Y AFINES

(R/P + Autorización en la O.S)

- Confeccionar R/P con el pedido de sesiones correspondiente. Sugerimos, a continuación, dos modelos de R/P.
- El/la paciente debe autorizar dicha orden en su O.S.
- La/el psicóloga/o debe presentar en CDT la orden, autorizada.
- Código 330101/330103: se pueden autorizar hasta 4 sesiones por mes, 30 anuales.

- Reconoce atención remota. Adjuntar hoja impresa del mail enviado por el/la paciente, con el consentimiento de la practica realizada. Ante cualquier duda, se puede consultar por mail a protocolopsi2020@gmail.com
- Consentimiento vía mail: "(Nombre del/la paciente) ____, con DNI N°_____ afiliado a (nombre de la O.S.), con N° de afiliación _____, he aceptado y confirmo la realización de (1) __ (práctica que corresponde) _____, con el /la Psicóloga/o (2) _____, el día ____ a las ___ horas."



**COLEGIO DE
PSICÓLOGAS
Y PSICÓLOGOS**

PROV. DE SANTA FE - 2° CIRC
ROSARIO - ARGENTINA

MODELO DE R/P 1

N° MAT.	<input type="text"/>	FECHA	<input type="text"/>
---------	----------------------	-------	----------------------

OBRA SOCIAL

N° Afiliado:

Nombre y Apellido:

Solicito autorización para sesiones de
..... (cód.)

Diagnóstico:

.....

Fecha	Firma	Aclaración	N° DNI
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dir. Consultorio: _____

Tel: _____

.....
Firma y Sello



**COLEGIO DE
PSICÓLOGAS
Y PSICÓLOGOS**

PROV. DE SANTA FE - 2° CIRC
ROSARIO - ARGENTINA

MODELO DE R/P 2

EJ: 4
(Cuatro)
Sesiones
Psicoterapi
a Individual
(330101)

<p><i>Nombre y Apellido</i> <i>Psicólogo/a- Mat. N° xxxx</i></p>
<p>R/P: Nombre y apellido de la/el pte: DNI: Obra Social: N° De Afiliado/a: Diagnóstico:</p>
<p>Solicito autorización para realizarsesiones de(Código) para el mes de de 20....</p>
<p>Firma y sello profesional</p>
<p><i>Teléfono. Dirección de consultorio- Ciudad</i></p>