**White Plains Public Schools**

EDUCATION HOUSE

FIVE HOMESIDE LANE

WHITE PLAINS, NEW YORK  10605

(914) 422-2037 phone

(914) 422-2311 fax

**Orden del Doctor para Terapia Ocupacional, Física y del Habla**

**Año Escolar 20\_\_ / 20\_\_**

Nombre del Niño: «StudentFirstName» «StudentLastName» Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diagnóstico Médico Relacionado al Tratamiento Recetado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ICD9 Código(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo recomiendo que el estudiante arriba mencionado reciba los siguientes servicios:

 **Efectivo desde 7/1/\_\_ a 6/30/\_\_**

**Propósito del Tratamiento**

**🞎** **Terapia Ocupacional**

\_\_\_I \_\_\_ minutos semanales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_G\_\_\_ minutos semanales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**🞎** **Terapia Física**

\_\_\_I \_\_\_ minutos semanales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_G\_\_\_ minutos semanales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**🞎**  **Terapia del Lenguaje/Habla**

\_\_\_I \_\_\_ minutos semanales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_G\_\_\_ minutos semanales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Doctor/Asistente del Doctor/Enfermera ID del Proveedor-Número de /NPI

**Información de Contacto del Doctor**

**Ponga el sello aquí.**

(Por favor imprima)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Doctor/Asistente del Doctor/Enfermera Fecha

**(Firma Original REQUERIDA)**

**Nota: Una orden de servicios debe ser completada por cada período de IEP. Además, una**

**nueva orden debe ser completada cada que se realize una revisión durante un período de IEP.**

**Los resultados en un cambio de servicio (ya sea añadir servicios o un cambio en la frecuencia**

**y/o duración de un servicio).**