



PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA PACIENTES CON DISCAPACIDAD

Lugar:

Fecha: / / (1)

(1) La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre y apellido:

Tipo de Documento: (Marcar con X lo que corresponda) LC DNI LE PAS N°

DIAGNÓSTICO

.....
.....
.....

PRESTACIÓN

En caso de centros aclarar el tipo de jornada (simple / doble)

En caso de prestaciones de rehabilitación aclarar la cantidad de sesiones semanales

SOLICITO

.....
.....
.....
.....
.....

PERÍODO

Desde: **Hasta:**

.....
Firma y sello del Médico tratante