

**Prescripción Médica  
Para Paciente con Discapacidad**



Fecha

**Nombre y Apellido:** .....

**DNI:**.....

**Diagnóstico:**.....

.....

.....

.....

**Tratamiento Actual:**.....

.....

.....

.....

**Prestaciones 2025: Terapia**

**Cantidad de sesiones semanales**

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

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

**Periodo:** Desde  Hasta  **2025**

Firma y  
Sello del  
Médico tratante

**Contacto médico tratante:** .....