

Prescripción Médica
Para Paciente con Discapacidad



Fecha

Nombre y Apellido:

DNI:

Diagnóstico:

.....

.....

.....

Prestación:

.....

.....

Tipo de jornada: Simple Doble Permanente

Dependencia: Si No

Periodo: Desde Hasta **2025**

**Firma y
Sello del
Médico Tratante**

Contacto médico tratante: