

Prescripción Médica
Para Paciente con Discapacidad



Fecha

Nombre y Apellido:

DNI:

Diagnostico:

.....

.....

.....

Prestación: MODULO MAESTRA/O DE APOYO.....

.....

.....

Horas semanales:

.....

.....

Periodo: Desde Hasta **2025**

**Firma y
Sello del
Médico Tratante**

Contacto médico tratante: