

Prescripción Médica
Para Paciente con Discapacidad



Fecha

Nombre y Apellido:

DNI:.....

Diagnóstico:.....

.....

.....

.....

Tratamiento Actual:.....

.....

.....

.....

Prestaciones 2026: Terapia

Cantidad de sesiones semanales

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

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

Periodo:

Desde

Hasta

2026

Firmay
Sello del
Médico tratante

.....

Contacto médico tratante: