

Prescripción Médica
Para Paciente con Discapacidad

Fecha

Nombre y Apellido:

DNI:

Diagnostico:

Prestación: MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR (EQUIPO)

Horas semanales:

Periodo: Desde Hasta 2026

**Firma y
Sello del
Médico Tratante**

Contacto médico tratante: