



Obra Social para el Personal
de Obras y Servicios Sanitarios

Prescripción Médica

Para Paciente con Discapacidad

Fecha

Nombre y Apellido:

DNI:

Diagnóstico:

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

Horas semanales:

Periodo: _____ *Desde* *Hasta* **2026** _____

Firma y
Sello del
Médico Tratante

Contacto médico tratante: