

**Prescripción Médica**  
**Para Paciente con Discapacidad**



Fecha

**Nombre y Apellido:** .....

**DNI:** .....

**Diagnostico:** .....

.....

.....

.....

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

.....

.....

**Horas semanales:** .....

.....

.....

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

**Firma y  
Sello del  
Médico Tratante**



Contacto médico tratante: .....