Prescripción Médica
Para Paciente con Discapacidad

Obra Social para el Personal de Obras y Servicios Sanitarios

Fecha

Nombre y Apellido: .....

DNI:.....

Diagnóstico:.....

.....

.....

.....

Tratamiento Actual:.....

.....

.....

.....

Prestaciones 2027: Terapia **Cantidad de sesiones semanales**

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

Periodo: *Desde* _____ *Hasta* _____ ***2027***

Firmay
Sello del
Médico tratante

Contacto médico tratante: .....