Obra Social para el Personal de Obras y Servicios Sanitarios

Prescripción Médica

Para Paciente con Discapacidad

Fecha _____

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

DNI:.....

Diagnóstico: .....

.....

.....

.....

***Prestación**:* .....

.....

.....

***Tipo de jornada**:* *Simple* ☐ *Doble* ☐ *Permanente* ☐

***Dependencia**:* *Si* ☐ *No* ☐

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

Firma y Sello del Médico Tratante

Contacto médico tratante: .....