Obra Social para el Personal de Obras y Servicios Sanitarios

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* _____ **2027**

Firma y
Sello del
Médico Tratante

Contacto médico tratante: ……