Obra Social para el Personal de Obras y Servicios Sanitarios

Prescripción Médica

Para Paciente con Discapacidad

Fecha _____

Nombre yApellido: .....

DNI:.....

Diagnostico: .....

.....

.....

.....

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

.....

.....

Horas semanales: .....

.....

.....

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

Firma y
Sello del
Médico Tratante

Contacto médico tratante: .....