

Modelo de Prescripciones Médicas

Prestaciones Educativas

Prescripción Médica para Paciente con Discapacidad

Fecha

Nombre y Apellido *Andrés, Pérez*

DNI N°

Diagnóstico *ECNE*

Prestación *Solicito Escuela especial EGB jornada simple con dependencia*

Período Desde Hasta 2021

Firma y
Sello del
Médico Tratante