

Modelo de Prescripciones Médicas

Centro Educativo Terapéutico/Hogares/Residencias

Prescripción Médica para Paciente con Discapacidad

Fecha

Nombre y Apellido *Sabrina, Pérez*

DNI N°

Diagnóstico *Retraso mental moderado.
Hipoacusia.*

Prestación *Solicito Centro Educativo
Terapéutico*

Jornada *Simple*

Período Desde Hasta 2021

Firma y
Sello del
Médico Tratante