

Modelo de Prescripciones Médicas

Módulo apoyo a la Integración escolar (EQUIPO)

Prescripción Médica
para Paciente con Discapacidad

Fecha

Nombre y Apellido Rosa, Pérez

DNI N°

Diagnóstico Trastornos generalizados del desarrollo

Prestación Solicito Modulo Apoyo a la Integración Escolar (EQUIPO)

Período Desde Hasta 2018

Firma y
Sello del
Médico Tratante