

### 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  2019

Firma y  
Sello del  
Médico Tratante