

# Modelo de Prescripciones Médicas

## Estimulación Temprana

### Prescripción Médica para Paciente con Discapacidad

Fecha

Nombre y Apellido *Ana Pérez*

DNI N°

Diagnóstico *ECNE*

Prestación *Solicito Módulo Estimulación Temprana en Fonoaudiología 2 sesiones semanales y Kinesiología 1 sesión semanal*

Período Desde  Hasta  2018

Firma y  
Sello del  
Médico Tratante