

Prestación de Apoyo (terapia única)

Prescripción Médica para Paciente con Discapacidad

Fecha

Nombre y Apellido *Rosa, Pérez*

DNI N°

Diagnóstico *Trastornos generalizados del
desarrollo*

Prestación *Solicito Psicopedagogía 2 sesiones
semanales*

Período Desde Hasta 2018

Firma y
Sello del
Médico Tratante