

Modelo de Prescripciones Médicas

Prestaciones Educativas

Prescripción Médica para Paciente con Discapacidad

Fecha

Andrés, Pérez

Nombre y Apellido

DNI N°

Diagnóstico *ECNE*

Prestación *Solicito Escuela especial EGB jornada simple con dependencia*

Período Desde Hasta 2018

Firma y
Sello del
Médico Tratante