

Prescripción Médica
para Paciente con Discapacidad

Fecha 05/01/2019

Nombre y Apellido *Andrés, Pérez*

DNI N° 40.741.274

Diagnóstico *ECNE*

Prestación *Solicito Escuela especial EGB jornada simple con dependencia*

Período Desde *Febrero* Hasta *Diciembre* 2019

Firma y
Sello del
Médico Tratante