

Modelo de Prescripciones Médicas

Centro Educativo Terapéutico/Hogares/Residencias

Prescripción Médica para Paciente con Discapacidad

Fecha 05/01/2019

Nombre y Apellido *Sabrina, Pérez*

DNI N° 40.135.842

Diagnóstico *Retraso mental moderado.
Hipoacusia.*

Prestación *Solicito Centro Educativo
Terapéutico*

Jornada *Simple*

Período Desde *Marzo* Hasta *Diciembre* 2019

Firma y
Sello del
Médico Tratante

