

## PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA PACIENTES CON DISCAPACIDAD

FECHA

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO

DNI

### DIAGNÓSTICO

### PRESTACIÓN

- En el caso de centros aclarar el tipo de jornada (simple / doble).
- En el caso de transporte aclarar origen y destino según prestación.
- En el caso de prestaciones de rehabilitación aclarar la cantidad de sesiones semanales.

**SOLICITO:**

### PERIODO

DESDE

HASTA

AÑO

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE