

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