

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, destino según prestación y dependencia (en caso de corresponder)
- En el caso de prestaciones de rehabilitación aclarar la cantidad de sesiones semanales.

SOLICITO:

PERIODO

DESDE

HASTA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE