

Modelo de Prescripciones Médicas
Prestación de Apoyo (terapia única)

Prescripción Médica
para paciente con Discapacidad

Fecha/...../.....

Obra Social DNI N°

Nombre y Apellido

Diagnóstico

.....
.....
.....
.....
.....

Prestación

.....
.....
.....
.....
.....

Desde Hasta **2021**

*Firma y
sello del
Médico Tratante*

