

Modelo de Prescripciones Médicas
Prestación de Apoyo (terapia única)

Prescripción Médica
para paciente con Discapacidad

Fecha .05../...01../...2021..

Obra Social .MOSAISTAS..... DNI N° .20.552.442.....

Nombre y Apellido .GOMEZ, ROSA.....

Diagnóstico

.....
Trastornos generalizados del desarrollo
.....
.....
.....
.....
.....

Prestación

.....
Solicito psicopedagogía 2 sesiones semanales
.....
.....
.....
.....

Desde .Febrero..... Hasta .Diciembre..... **2021**

*Firma y
sello del
Médico Tratante*

