

Modelo de Prescripciones Médicas

Rehabilitación (interdisciplinaria, dos o más terapias)

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*

