

Modelo de Prescripciones Médicas

Rehabilitación (interdisciplinaria, dos o más terapias)

Prescripción Médica para paciente con Discapacidad

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

Obra Social ..PATRONES DE CABOTAJE..... DNI N° ..22.544.233.....

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

Diagnóstico

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

Prestación

.....
Solicito rehabilitación en:
.....

Fonoaudiología 2 sesiones semanales
.....

Psicología 2 sesiones semanales
.....

Terapia ocupacional 2 sesiones semanales
.....
.....

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

*Firma y
sello del
Médico Tratante*