

**Modelo de Prescripciones Médicas
Prestaciones Educativas**

**Prescripción Médica
para paciente con Discapacidad**

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

Obra Social ...PATRONES DE CABOTAJE..... DNI N° .27.650.928.....

Nombre y Apellido ...PEREZ, OSCAR.....

Diagnóstico

.....ECNE.....
.....
.....
.....
.....

Prestación

.....Solicito escuela especial EGB, jornada simple con dependencia.....
.....
.....
.....

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

*Firma y
sello del
Médico Tratante*

