

PRESCRIPCIÓN MÉDICA PRESTACIONES TERAPÉUTICAS – EDUCATIVAS

(En caso de Escuelas Especiales, Apoyo a la integración, Maestra de apoyo, Form. Laboral, Centro de día, CET, Hogares, etc)

Fecha: ____/____/____

Apellido y nombre:

DNI:

Edad:

Diagnóstico:

Prestación: _____

Tipo de jornada: Simple ____ Doble _____

(En caso de Escolaridad especial / CET / Centro de día / Formación laboral / Hogares, etc)

Dependencia: Sí No

(En caso de Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico)

Periodo: desde: ____/____/____ hasta: ____/____/____

Firma del médico tratante:

Aclaración:

Sello: