

PRESCRIPCIÓN MÉDICA PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

(en caso de psicología, psicopedagogía, fonoaudiología, psicomotricidad, kinesiología, estimulación temprana, etc.)

Fecha: ____/____/____

Apellido y nombre:

DNI:

Edad:

Diagnóstico:

Prestación: _____

Cantidad de sesiones semanales: _____

Período: desde: __/__/__ hasta: __/__/__

Firma del médico tratante:

Aclaración:

Sello: