

Prescripción Médica Tratamiento por Discapacidad 2021

Córdoba, _____ de _____ de 20__

Datos de Identificación:

Apellido y Nombre: _____

D.N.I.: _____ Edad _____ Sexo _____

Diagnóstico Etiológico: _____

Diagnóstico Funcional: _____

Solicito:

* _____ - _____ (_____) Sesiones semanales

* _____ - _____ (_____) Sesiones semanales

* _____ - _____ (_____) Sesiones semanales

* _____ - _____ (_____) Sesiones semanales

* _____ - _____ (_____) Sesiones semanales

* _____ , jornada _____

Período de prestación _____ a _____ de 2021

Firma y sello del Médico Tratante _____