

## Prescripción médica para paciente con discapacidad Rehabilitación (interdisciplinaria, dos o más terapias)

(Completar todos los campos del formulario)

Fecha

### Datos del paciente

|                   |           |
|-------------------|-----------|
| Nombre y Apellido | N° de DNI |
|-------------------|-----------|

### Diagnóstico

---

---

---

---

### Prestación

Solicito rehabilitación en: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

|         |       |     |
|---------|-------|-----|
| Período |       |     |
| Desde   | Hasta | Año |

|                                   |            |
|-----------------------------------|------------|
| Firma y sello del Médico tratante | Aclaración |
|-----------------------------------|------------|