

Programa de discapacidad  
Documentación General

ORDEN MÉDICA - PRESTACIONES ANEXAS - FORMULARIO 5

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(La fecha de emisión debe ser anterior al período solicitado)

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Titular ☐      Cónyuge ☐      Concubino/a ☐      Hijo/a ☐      Otro ☐

Indicar género según su DNI: F ☐ M ☐ X (no binario) ☐

Se indica (especificar tratamiento):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por la cantidad de (indicar la cantidad de horas semanales):

\_\_\_\_\_

Por la cantidad de (indicar cantidad de horas mensuales):

\_\_\_\_\_

Período prestacional (indicar año y mes desde - hasta):

\_\_\_\_\_

Motivo médico del pedido:

\_\_\_\_\_

Diagnóstico:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico/a tratante

\*Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.