

# 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.