

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – MEDIFÉ PRESTACIONES ANEXAS

Fecha: ____ / ____ / ____

ORDEN MÉDICA (Prestaciones Anexas)

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Obra social: _____ Sexo: F / M

Categoría (marcar con una cruz el que corresponda):

Titular Cónyuge Concubino/a Hijo/a Otro

Se indica (especificar tratamiento): _____

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

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

Periodo prestacional (mes desde – hasta): _____

Año: _____

Motivo médico del pedido: _____

Diagnóstico: _____

Firma y sello de médico tratante: _____