

## Programa de Discapacidad – Documentación General

## ORDEN MÉDICA – (Institución)

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

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

Categoría: (marcar con una cruz el que corresponda. Si es VOLUNTARIO, sólo tildar la opción.  
Si es OBLIGATORIO, mencionar la OBRA SOCIAL.)

Voluntario:  Obligatorio:  Obra social (mencionar el nombre de la obra social): \_\_\_\_\_Titular  Cónyuge  Concubino/a  Hijo/a  Otro Se indica (especificar tratamiento):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Horario: \_\_\_\_\_

Jornada: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Período prestacional (mes desde – hasta):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Año lectivo: \_\_\_\_\_

Diagnóstico:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma y sello del médico tratante