

## PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

### ORDEN MÉDICA – (Institución) – FORMULARIO 4

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

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): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Jornada: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Período prestacional (mes desde – hasta): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Año lectivo: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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