

# 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