

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - PRESTACIONES EDUCATIVAS 1

Fecha: ____ / ____ / ____

ORDEN MÉDICA

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): _____

Horario: _____

Jornada: _____

Período prestacional (mes desde – hasta): _____

Año lectivo: _____

Diagnóstico: _____

Firma y sello de médico tratante: _____