

# PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

## ORDEN MÉDICA – FORMULARIO 3

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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dependencia: Si  No

Período prestacional (*mes y año desde – mes y año hasta*): \_\_\_\_\_

Año lectivo: : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Firma y sello del médico/a tratante