

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