

Programa de discapacidad
Documentación General

ORDEN MÉDICA - EDUCATIVO TERAPÉUTICAS - FORMULARIO 3

Fecha: ____ / ____ / ____

*(La fecha de emisión debe ser anterior
al período solicitado)*

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 *(indicar mes y año, desde - hasta)*:

Año lectivo:

Diagnóstico:

Firma y sello del médico/a tratante

*Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.