

## PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

### ORDEN MÉDICA – FORMULARIO 05

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): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por la cantidad de (indicar cantidad de sesiones semanales): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico tratante