

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