

## PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - REHABILITACIÓN

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### ORDEN MÉDICA

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Obra social: \_\_\_\_\_ Sexo: F / M

Categoría (marcar con una cruz el que corresponda):

Titular  Cónyuge  Concubino/a  Hijo/a  Otro

Se indica (especificar tratamiento): \_\_\_\_\_

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

Período prestacional (mes desde – hasta): \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Firma y sello de médico tratante: \_\_\_\_\_