OSPADEP

# PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA PACIENTES CON DISCAPACIDAD

**Lugar:** .....

**Fecha:** ..... / ..... / ..... (1)

(1) La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.

**DATOS DEL PACIENTE:**

Nombre y apellido: .....

Tipo de Documento: (Marcar con X lo que corresponda) LC ☐ DNI ☐ LE ☐ PAS ☐ Nº .....

## DIAGNÓSTICO

.....

.....

.....

## PRESTACIÓN

En caso de centros aclarar el tipo de jornada (simple / doble)
En caso de prestaciones de rehabilitación aclarar la cantidad de sesiones semanales

**SOLICITO** .....

.....

.....

.....

.....

.....

## PERÍODO

**Desde:** .....  **Hasta:** .....

.....

Firma y sello del Médico tratante

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