Obra Social para el Personal de Obras y Servicios Sanitarios

Prescripción Médica

Para Paciente con Discapacidad

Fecha ☐

***Nombre y Apellido**: ……*

***DNI:**……*

***Diagnóstico:** ……*

……

……

……

***Prestación**: ……*

……

……

***Tipo de jornada**:* *Simple* ☐ *Doble* ☐ *Permanente* ☐

***Dependencia**:* *Si* ☐ *No* ☐

***Periodo**:* *Desde* ☐ *Hasta* ☐ **2026**

Firma y Sello del Médico Tratante ☐

Contacto médico tratante: ……