PRESCRIPCIÓN MÉDICA
PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

Fecha: _____/ _____/ _____

Apellido y nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____ N.° de credencial: 800006 _____ ____ _____

Diagnóstico: _____

_____

_____

Prestación: _____

_____

_____

_____

_____

_____

Cantidad de sesiones semanales: _____

Periodo: desde: ____ / _____ / _____ hasta: ____ / _____ / _____

_____

Firma y sello del médico tratante