

MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA | REHABILITACIÓN

FECHA / /

BENEFICIARIO Nombre y Apellido:

DNI

EDAD

Solicitud

Fonoaudiología	sesiones semanales.	sesiones mensuales.
Kinesiología	sesiones semanales.	sesiones mensuales.
Psicopedagogía	sesiones semanales.	sesiones mensuales.
Psicología	sesiones semanales.	sesiones mensuales.
Terapia Ocupacional	sesiones semanales.	sesiones mensuales.
Estimulación Visual	sesiones semanales.	sesiones mensuales.
Musicoterapia	sesiones semanales.	sesiones mensuales.
Psicomotricidad	sesiones semanales.	sesiones mensuales.
Otra _____	sesiones semanales.	sesiones mensuales.
Otra _____	sesiones semanales.	sesiones mensuales.

Desde _____ hasta 2026.

Diagnóstico:

Firma (puño y letra) del profesional solicitante

Sello del profesional solicitante



Una Decisión Saludable.