

**MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA** **REHABILITACIÓN**

FECHA    /    /

BENEFICIARIO Nombre y Apellido:

DNI  EDAD

**Solicitud**

|                     |                      |                            |                      |                            |
|---------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|
| Fonoaudiología      | <input type="text"/> | <i>sesiones semanales.</i> | <input type="text"/> | <i>sesiones mensuales.</i> |
| Kinesiología        | <input type="text"/> | <i>sesiones semanales.</i> | <input type="text"/> | <i>sesiones mensuales.</i> |
| Psicopedagogía      | <input type="text"/> | <i>sesiones semanales.</i> | <input type="text"/> | <i>sesiones mensuales.</i> |
| Psicología          | <input type="text"/> | <i>sesiones semanales.</i> | <input type="text"/> | <i>sesiones mensuales.</i> |
| Terapia Ocupacional | <input type="text"/> | <i>sesiones semanales.</i> | <input type="text"/> | <i>sesiones mensuales.</i> |
| Estimulación Visual | <input type="text"/> | <i>sesiones semanales.</i> | <input type="text"/> | <i>sesiones mensuales.</i> |
| Musicoterapia       | <input type="text"/> | <i>sesiones semanales.</i> | <input type="text"/> | <i>sesiones mensuales.</i> |
| Psicomotricidad     | <input type="text"/> | <i>sesiones semanales.</i> | <input type="text"/> | <i>sesiones mensuales.</i> |
| Otra .....          | <input type="text"/> | <i>sesiones semanales.</i> | <input type="text"/> | <i>sesiones mensuales.</i> |
| Otra .....          | <input type="text"/> | <i>sesiones semanales.</i> | <input type="text"/> | <i>sesiones mensuales.</i> |

Desde  hasta  2026.

Diagnóstico:

.....  
Firma (puño y letra) del profesional solicitante

.....  
Sello del profesional solicitante