

MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA INSTITUCIONES

FECHA / /

BENEFICIARIO: Nombre y Apellido:

DNI

EDAD

Solicito *(tilde lo que corresponda)*

☐ Escolaridad

☐ Centro Educativo Terapéutico → con dependencia: ☐ si ☐ no

☐ Centro de Día → con dependencia: ☐ si ☐ no

☐ Hogar → con dependencia: ☐ si ☐ no

☐ Formación Laboral

☐ *Jornada simple*

☐ *Jornada doble*

Desde hasta 2026.

Diagnóstico

Firma (puño y letra) del profesional solicitante

Sello del profesional solicitante