

## 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

