

MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA **ESTIMULACIÓN TEMPRANA**

FECHA / /

BENEFICIARIO: Nombre y Apellido:

DNI

EDAD

Solicito módulo de estimulación temprana.

Desde hasta 2026.

Diagnóstico:

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

.....
Sello del profesional solicitante