

MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA REHABILITACIÓN

FECHA / /

BENEFICIARIO / 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 / 2024.

Diagnóstico

Firma y sello del profesional solicitante