

**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 2025.

Diagnóstico

.....  
Firma y sello del profesional solicitante