

MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA INSTITUCIONES

FECHA / /

BENEFICIARIO 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 2025.

Diagnóstico

[Empty text box for diagnosis]

.....  
Firma y sello del profesional solicitante