

MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA

ESCOLARIDAD - CET - CENTRO DE DÍA

Fecha:

DATOS DEL AFILIADO

NOMBRE Y APELLIDO: _____

DNI: _____

DIAGNÓSTICO: _____

PRESTACIÓN SOLICITADA: _____

TIPO DE JORNADA: _____

PERÍODO: de _____ a _____ 202_

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

(con tipo y número de matrícula LEGIBLE)

Firma:

Sello:

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD



discapacidad@osamoc.com.ar



5263-7008 Internos: 1088 / 1089 /1090