

**MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA**  
**CET - CENTRO DE DÍA con Dependecia**

Fecha:

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

PRESTACIÓN SOLICITADA: \_\_\_\_\_ CON DEPENDENCIA.

TIPO DE JORNADA: \_\_\_\_\_

PERÍODO: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ 202\_

**DATOS DEL MÉDICO TRATANTE**  
(con tipo y número de matrícula LEGIBLE)

Firma:

Sello:

