

ANEXO XIII - Prescripción Médica

(Aplicable al Módulo IV - Acompañante Terapéutico)

Lugar y Fecha: _____ / ____ / ____

Nombre y Apellido: _____

D.N.I.: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Diagnóstico:

PRESTACION INDICADA: ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO

Justificar la prestación:

Período solicitado: desde ____ / ____ / ____ hasta ____ / ____ / ____

Horas diarias: _____ (Máximo 5) Días de la semana: _____ (Máximo 5)

Firma y sello: