

**PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA AFILIADOS CON DISCAPACIDAD**

Lugar de emisión:..... Fecha:.....

**DATOS DEL AFILIADO BENEFICIARIO:**

Apellido y nombre :.....

D.N.I: .....

Diagnóstico:.....

.....

Prestación solicitada.....

.....

Frecuencia:.....

Período solicitado: desde.....hasta..... año.....

---

**FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO**