

## **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: