

PROGRAMA DE PRESTACIONES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

INDICACIÓN MÉDICA: ESCOLARIDAD – CENTRO EDUCATIVO
TERAPÉUTICO – CENTRO DE DÍA – HOGAR - RESIDENCIA

PACIENTE:

Nº DNI:

DIAGNÓSTICO:

PRESTACIÓN:

PERÍODO:

FRECUENCIA:

JORNADA: SIMPLE DOBLE **DEPENDENCIA:** SI NO

OBSERVACIÓN:

.....

.....

TELÉFONO DE CONTACTO:

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA:

FIRMA Y SELLO
DEL PROFESIONAL: