

**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: