

**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: