Prestación de Apoyo *(terapia única)*

Prescripción Médica
para Paciente con Discapacidad

Fecha 05/03/2025

Nombre y Apellido Rosa, Pérez

DNI N° 20.383.542

Diagnóstico Trastornos generalizados del desarrollo

Prestación Solicito Psicopedagogía 2 sesiones semanales

Período *Desde* Abril *Hasta* Diciembre **2025**

Firma y Sello del Médico Tratante