

PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA CENTROS ESPECIALIZADOS  
(CET, CENTRO DE DÍA, HOGARES Y RESIDENCIAS)

**CUMPLIMENTAR SIN ERRORES, TACHADURAS O ENMIENDAS**

Fecha ..... (del mes anterior al período solicitado)

Nombre y Apellido del beneficiario .....

N° de afiliado (CUIL) ..... DNI .....

Diagnóstico según CUD .....

.....

**SOLICITUD:**

.....

.....

SIMPLE

DOBLE

CON DEPENDENCIA

SIN DEPENDENCIA

**PERIODO** Desde .....

Hasta ..... Año .....

.....

**Firma y sello del médico tratante**