



TRATAMIENTOS AMBULATORIOS - PROFESIONALES

CRONOGRAMA DEL TRATAMIENTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Obligatorio completar todos los campos

Lugar y Fecha de emisión

.....

Prestador.....

.....

Domicilio de atención

.....

Localidad y Provincia

.....Teléfono.....

Nombre y Apellido del Afiliado

.....

Nro.

.....Plan.....Edad.....

.....

Prestación/Especialidad	Cantidad de sesiones	Monto Sesión \$	Monto Mensual \$

Período de Prestación	Desde	Hasta

Cronograma de Asistencia

Día/Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Especialidad						
Especialidad						
Especialidad						

Observaciones

.....

.....

Firma de la Institución

Sello y Aclaración



CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al Programa de Prestaciones descrito precedentemente al Afiliado

.....

Nro. Plan.....Edad

.....

Firma del Afiliado/Padre o

Tutor.....

Aclaración.....

.....

DNI del

Firmante.....

Lugar y Fecha de Consentimiento

.....