

Planilla de consentimiento. Discapacidad. Especialidades de Rehabilitación ambulatoria.

DISCAPACIDAD 002

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión _____ Fecha _____

Datos del Prestador

Razón social: _____

Domicilio de atención _____ Localidad _____

Provincia _____ Teléfono _____

Datos del Afiliado

Nombre y apellido _____ N° DNI _____

Datos de la Prestación

Prestaciones a brindar (según mecanismo INTEGRACIÓN)	Cantidad de Sesiones	Monto por Sesión \$	Monto Mensual \$

Periodo del ciclo lectivo Desde _____ Hasta _____ Año _____

Cronograma de Asistencia

Especialidad	Días y Horarios		lunes		martes		miércoles		jueves		viernes		sábado	
	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta

Firma y sello del responsable de la Institución

Aclaración _____

Consentimiento

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

Beneficiario _____ N° Beneficiario _____ N° DNI _____

Firma del Beneficiario o del Representante

Aclaración del firmante _____

Parentesco _____

N° DNI del firmante _____

Lugar del consentimiento _____ Fecha del consentimiento _____