



Discapacidad - Especialidades

Plan de tratamiento. Consentimiento

Fecha de Emisión

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre / Razón Social

Domicilio de atención (Calle, Número, Piso, Dpto.)

Código Postal

Localidad

Provincia

Teléfono

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido

Nombre

DNI

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Prestación/Especialidad (según mecanismo INTEGRACIÓN)

Cantidad de Sesiones

Monto de Sesiones (\$)

Monto Mensual

Período del ciclo lectivo

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Hasta

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

Días Horarios	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

Observaciones

Firma del Responsable de la Institución

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Apellido y Nombre del Beneficiario

DNI

N° de legajo

Firma del beneficiario o representante

Aclaración y DNI

Fecha y Lugar del Consentimiento