# Discapacidad
# Planilla de conformidad

PRESTADOR:.....

AFILIADO:.....

FACTURA N°.....PERIODO FACTURADO:.....

| FECHA DE CONSULTA | FIRMA PACIENTE/TUTOR/ENCARGADO | ACLARACION |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR:.....