

**DISCAPACIDAD - ESPECIALIDADES
PLAN DE TRATAMIENTO
CONSENTIMIENTO**

Lugar y Fecha de Emisión: _____

Razón Social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad / Provincia: _____

Teléfono: _____

Nombre Beneficiario _____

DNI _____

Prestación/Especialidad:(según mecanismo INTEGRACIÓN)	Cantidad Sesiones	Monto Sesión (\$)	Monto mensual (\$)

Periodo Desde: _____ Hasta: _____

Cronograma de asistencia:

DIAS HORARIO	Lunes De/A:	Martes De/A:	Miércoles De/A:	Jueves De/A:	Viernes De/A:	Sábado De/A:
Esp						
Esp						
Esp						

Observaciones _____

Firma Responsable de Institución

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito precedentemente al Beneficiario: _____

DNI: _____ Nro Beneficiario: _____

Firma Beneficiario o representante

Aclaración:

DNI Firmante:

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____