

**FORMULARIO PARA PRESUPUESTO PRESTACIONES AMBULATORIAS
(KINESIOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL, ETC)**

FECHA (debe ser anterior al inicio de tratamiento): ___/___/___
 NOMBRE Y APELLIDO DEL PROFESIONAL: _____
 LUGAR DONDE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN: _____
 CORREO ELECTRONICO/TELEFONO: _____

TIPO DE PRESTACIÓN: _____
 PERIODO - DESDE: _____ HASTA: _____ AÑO: _____
 CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES: _____ MENSUALES: _____
 MONTO POR PRESTACIÓN: \$ _____ MONTO MENSUAL: \$ _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
DESDE						
HASTA						

 FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

 ACLARACIÓN

CONSENTIMIENTO DEL BENEFICIARIO

Por la presente, dejo constancia de mi consentimiento al plan de tratamiento de prestaciones propuesto por el profesional.

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO CON DISCAPACIDAD:

DNI DEL BENEFICIARIO CON DISCAPACIDAD:

 FIRMA DEL BENEFICIARIO

 DNI

 ACLARACIÓN

 VÍNCULO