

Cada Prestador deberá ubicar en el cuadro: día, horario y prestación que efectúa con el afiliado

Apellido y Nombre	DNI
-------------------	-----

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							

Tildar las prestaciones solicitadas

Firma y sello (o aclaración)

<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Estimulación Visual<input type="checkbox"/> Estimulación Temprana<input type="checkbox"/> Psicopedagogía<input type="checkbox"/> Acompañante Psicogerontológico<input type="checkbox"/> Acompañamiento Terapéutico<input type="checkbox"/> Acompañamiento Terapéutico Áulico<input type="checkbox"/> Psicomotricidad<input type="checkbox"/> Transporte<input type="checkbox"/> Centros y Hospitales de Día<input type="checkbox"/> Estimulación Auditiva<input type="checkbox"/> Psicología<input type="checkbox"/> Fonoaudiología<input type="checkbox"/> Centros de tratamientos de Trastornos Alimentarios<input type="checkbox"/> Continuidad de Internación Geriátrica<input type="checkbox"/> Tratamiento por Consumo Problemático de Sustancias<input type="checkbox"/> Cuidador Domiciliario<input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional<input type="checkbox"/> Kinesiología<input type="checkbox"/> Maestra de apoyo<input type="checkbox"/> Musicoterapia	
---	--

Consentimiento:

Nombre Completo	DNI
En calidad de: Apoderado <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Firma:.....