

## PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - REHABILITACIÓN

### PLAN DE TRATAMIENTO / CONSENTIMIENTO

#### PLAN DE TRATAMIENTO

Lugar y fecha de emisión: \_\_\_\_\_

Razón social del prestador: \_\_\_\_\_

Domicilio de atención: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Prestación – especialidad *(completar según nomenclador mecanismo de integración)*: \_\_\_\_\_

Cantidad de sesiones semanales \_\_\_\_\_ Monto por sesión: \$ \_\_\_\_\_ Monto mensual: \$ \_\_\_\_\_

Período ciclo lectivo *(indicar mes y año desde – hasta)*: \_\_\_\_\_

#### Cronograma de asistencia *(detallar tratamiento/s y horarios)*

| Día                         | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|-----------------------------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| Horarios<br>(Desde – hasta) |       |        |           |        |         |        |

Observaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma responsable de la Institución

Sello y aclaración

#### CONSENTIMIENTO

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

Apellido y nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ N° de beneficiario: \_\_\_\_\_

Firma de beneficiario o representante: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de consentimiento: \_\_\_\_\_