

ANEXO 8 - PRESUPUESTO PARA PROFESIONALES

Kinesiología, Fonoaudiología, Psicología, Terapia ocupacional, etc.

Fecha:/...../.....

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Apellidos y Nombres

DNI: Fecha de Nacimiento: Edad:

Domicilio del beneficiario

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación:

Período: Desde Hasta Año

Cantidad de sesiones semanales: Sesiones mensuales (máximo 4 semanas):

Valor de la sesión: \$ Monto Mensual \$

“Los aranceles serán ajustados automáticamente según Resoluciones y Decretos que emanen del Ministerio de Salud”

DATOS DEL PRESTADOR / INSTITUCIÓN

NOMBRE/ Razón Social: CUIT:

Domicilio donde se brinda la Prestación:

Localidad: Provincia:

E mail: Teléfono:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA Marcar los días en los que se brinda la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábados
Horario	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Firma del Profesional:

Aclaración/sello:

CONSENTIMIENTO

Doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de..... Manifiesto ser el familiar/ responsable/ tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma

Aclaración

DNI

Vínculo

Lugar y Fecha de Consentimiento: