

TRATAMIENTOS AMBULATORIOS
PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO
(Módulos- Prestación de Apoyo - Estimulación Temprana - Integración Escolar)

Fecha de emisión: _____

OSPECON:

Nombre y Apellido del Beneficiario: _____

DNI Beneficiario _____ CUIL Titular: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Teléfono: _____ E-Mail: _____

Prestación/Especialidades: _____

Desde: _____ Hasta _____ 2024

Domicilio donde se realiza la prestación: _____ Localidad: _____

Cantidad de sesiones Semanales: _____ Mensuales: _____

Monto por sesión: \$ _____ Monto mensual: \$ _____

Nombre del Prestador: _____ N° _____

CUIT: _____ Vencimiento Registro Prestador _____

Mail: _____ Teléfono: _____

Cronograma de asistencia: Indicar días y horarios de concurrencia (Excluyente)

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

Observaciones: _____

NO SE RECONOCEN PRESTACIONES NO AUTORIZADAS PREVIAMENTE NI RETROACTIVAS

Firma Responsable

Aclaración

CONSENTIMIENTO

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

Beneficiario: _____ DNI: _____

Firma Beneficiario o representante

Aclaración

DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____