

Paciente:

<u>cuilPac</u>	apePac	nomPac	fNac	domicilio	nomLoc	nomOS	cuilTutor
----------------	--------	--------	------	-----------	--------	-------	-----------

Teléfonos:

<u>cuil</u>	<u>telefono</u>
-------------	-----------------

Obra Social:

<u>nomOS</u>	direccion
--------------	-----------

Teléfonos:

<u>nomOS</u>	<u>telefono</u>
--------------	-----------------

Terapia:

<u>nomTerapia</u>	tiempo
-------------------	--------

Especialista:

<u>cuilEsp</u>	apeEsp	nomEsp	nroM	fNac	domicilio	nomLoc	codProv
----------------	--------	--------	------	------	-----------	--------	---------

Provincia

<u>codProv</u>	nomProv
----------------	---------

cubre:

<u>nomOS</u>	<u>nomTerapia</u>	porcentaje
--------------	-------------------	------------

realiza:

<u>nomTerapia</u>	<u>cuilEsp</u>	monto
-------------------	----------------	-------

solicita:

<u>nomTerapia</u>	<u>cuilEsp</u>	<u>cuilPac</u>	<u>fecha</u>	hora	asistencia
-------------------	----------------	----------------	--------------	------	------------

Localidad:

<u>nomLoc</u>
