

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Por la presente dejo constancia y presto la conformidad de tratamiento para (Apellido y Nombre del Beneficiario)

.....

con DNI

Modalidad de tratamiento (indicar prestación)

.....

Frecuencia

.....

Período de cobertura: (anual)

Desde: Hasta: Año:.....

Nombre del prestador que brinda el tratamiento

.....

Domicilio donde se brinda la prestación

.....

Paciente o responsable (aclarar vínculo)

Firma:

Aclaración:

DNI:

Prestador	Institución (si corresponde)
-----------	------------------------------

Firma	Firma
-------	-------

Sello/Aclaración	Sello/Aclaración
------------------	------------------