

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, tipo de jornada etc.)

.....

Frecuencia

.....

Período de
cobertura:.....(desde/hasta).....

Nombre del prestador que brinda el tratamiento

.....

Domicilio.....

Paciente o responsable (aclarar vínculo)

Firma:

Aclaración:

DNI:

Prestador

Institución (si corresponde)

Firma

Firma

Sello /aclaración

Sello/aclaración