

CONFORMIDAD DE TRATAMIENTO PRESTACIONES

Versión 11092024

Lugar y fecha de emisión:

Quien suscribe,, DNI N° (nombre, apellido y DNI del firmante) en su carácter de (padre, madre, representante legal de la persona con discapacidad, tachar si quien firma es el paciente) del paciente

....., DNI N° (nombre, apellido y DNI del paciente) doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados , comprendiendo las alternativas disponibles .

1. Prestación: _____

a. Prestador: _____

b. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

2. Prestación: _____

c. Prestador: _____

d. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

3. Prestación: _____

e. Prestador: _____

f. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

4. Prestación: _____

g. Prestador: _____

h. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

Firma:

Aclaración:

DNI / LC / LE:

Tel de contacto: ())

Email: