



**DISCAPACIDAD - ESPECIALIDADES**  
**PLAN DE TRATAMIENTO**  
**CONSENTIMIENTO**

Razón Social del prestador: \_\_\_\_\_

Domicilio de atención: \_\_\_\_\_

Localidad / Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre Beneficiario \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Prestación/Especialidad:(según mecanismo INTEGRACION)	Cantidad Sesiones	Monto Sesión (\$)	Monto mensual (\$)
---	-------------------	-------------------	--------------------

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Periodo Ciclo Lectivo, Desde: \_\_\_\_\_

Hasta: \_\_\_\_\_

Cronograma de asistencia:

DIAS HORARIO	Lunes De/A:	Martes De/A:	Miércoles De/A:	Jueves De/A:	Viernes De/A:	Sábado De/A:
Esp						
Esp						
Esp						

Observaciones

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Responsable de Institución

\_\_\_\_\_  
Aclaración:

**CONSENTIMIENTO**

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

Beneficiario: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Nro Beneficiario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Beneficiario o representante:

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI Firmante: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de Consentimiento: \_\_\_\_\_