

## Conformidad de tratamiento individual

Quien suscribe \_\_\_\_\_,  
con DNI \_\_\_\_\_, presto mi conformidad del tratamiento y/o práctica:

A favor de (Nombre, apellido y legajo del afiliado que recibe la prestación) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
por el periodo: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_.

Dado en la ciudad de \_\_\_\_\_  
a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Firma del Titular .....	Aclaración	Firma del beneficiario (o padres si es menor de edad) .....	Aclaración
Firma y sello del PRESTADOR 1 .....	Aclaración	Firma y Sello del PRESTADOR 2 .....	Aclaración
Firma y sello del PRESTADOR 3 .....	Aclaración	Firma y sello del PRESTADOR 4 .....	Aclaración
Firma y sello del PRESTADOR 5 .....	Aclaración	Firma y sello del PRESTADOR 6 .....	Aclaración



Apellido y Nombre	N° de Documento	Edad
-------------------	-----------------	------

Horario / Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes

Prestador		Paciente o Responsable	
Firma		Firma	
Sello o aclaración		Aclaración	
Sello de la institución		DNI	
		Vínculo	