

DETALLE DE SESIONES AMBULATORIAS / Planilla de conformidad (Una por cada tipo de prestación)

MODALIDAD AMBULATORIA - MES/AÑO PRESTACIONAL _____/_____-		
APELLIDO Y NOMBRE / N° AFILIADA/O		
TIPO	DESCRIPCIÓN	PRESTACIÓN AUTORIZADA
SESIONES	Kinesiología	
SESIONES	Fonoaudiología	
SESIONES	Terapia Ocupacional	
SESIONES	Psicología	
SESIONES	Psicopedagogía	
SESIONES	Hidroterapia	
SESIONES	Estimulación Temprana	
SESIONES	Integración Sensorial	
SESIONES	Rehabilitación Neuropsicológica	
PLANILLA DE CONFORMIDAD (UNA POR CADA TIPO DE PRESTACIÓN)		
DÍA	HORARIO	FIRMA Y SELLO DEL/LA PROFESIONAL INTERVINIENTE
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		

FIRMA DEL AFILIADA/O _____ DNI _____

ACLARACIÓN _____

PARENTESCO _____