

DETALLE DE MÓDULO AMBULATORIO

MODALIDAD AMBULATORIA - MES/AÑO PRESTACIONAL _____/_____/_____

FIRMA Y SELLO DEL/LA PROFESIONAL INTERVINIENTE

Tipo	Descripción	Kinesiología	Fonoaudiología	Terapia Ocupacional	Psicología	Psicopedagogía	Hidroterapia	Estimulación Temprana	Integración Sensorial	Rehabilitación Neuropsicológica
HOSPITAL DE DÍA	Jornada Completa									
HOSPITAL DE DÍA	Jornada Simple									
MÓDULO	Pediátrico I									
MÓDULO	Pediátrico II									
MÓDULO	Pediátrico III									
MÓDULO	De mano periférica									

DETALLE DE MÓDULO AMBULATORIO / Planilla de conformidad

DÍA	HORARIO									
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 DE LA/EL AFILIADA/O _____ DNI _____

ACLARACIÓN _____

PARENTESCO _____



G O B I E R N O D E L A P R O V I N C I A D E B U E N O S A I R E S
2021 - Año de la Salud y del Personal Sanitario

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: Planilla: Detalle de módulo ambulatorio 2021 - Rehabilitación

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 2 pagina/s.