

Formulario 004 - Programa de Discapacidad

Consentimiento Bilateral

Completar todos los campos del formulario.

Lugar de Emisión

Fecha

Conformidad Prestación para el Año _____

Por medio de la presente presto mi consentimiento y conformidad para el tratamiento de:

_____ para mi hijo/hija _____, DNI _____, de acuerdo a lo solicitado por el médico tratante, para el período de atención comprendido entre los meses de: _____ a _____.

El tratamiento estará a cargo del prestador, con una frecuencia de:

(Cantidad de sesiones por semana): _____.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	Desde <input type="text"/>					
	Hasta <input type="text"/>					

Padre / Madre / Tutor

Apellido y Nombres

Número de DNI

Firma

Aclaración

Lugar y Fecha del Consentimiento

Prestador

Apellido y Nombres

Número de DNI

Firma y Sello

Aclaración

Lugar y Fecha del Consentimiento