

**TRATAMIENTOS AMBULATORIOS  
PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO  
(Módulos- Prestación de Apoyo - Estimulación Temprana - Integración Escolar)**

Fecha de emisión: \_\_\_\_\_

**OSPECON:**

Nombre y Apellido del Beneficiario: \_\_\_\_\_

DNI Beneficiario \_\_\_\_\_ CUIL Titular: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Prestación/Especialidades:** \_\_\_\_\_

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

Domicilio donde se realiza la prestación: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Cantidad de sesiones Semanales: \_\_\_\_\_ Mensuales: \_\_\_\_\_

Monto por sesión: \$ \_\_\_\_\_ Monto mensual: \$ \_\_\_\_\_

Nombre del Prestador: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_\_ Vencimiento Registro Prestador \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Cronograma de asistencia: Indicar días y horarios de concurrencia (Excluyente)**

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Observaciones: \_\_\_\_\_

**NO SE RECONOCEN PRESTACIONES NO AUTORIZADAS PREVIAMENTE NI RETROACTIVAS**

\_\_\_\_\_  
Firma Responsable

\_\_\_\_\_  
Aclaración

**CONSENTIMIENTO**

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Aclaración

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

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