

Asistencia a tratamiento individual

Adjuntar este documento junto a la factura o recibo que emita.

Este formulario es válido para asistencias a tratamiento/prestación individual, ya sea en domicilio, en consultorio o en centros especializados.

Razón social del prestador: _____

Domicilio real donde se realiza la prestación: _____

Dejo constancia que el/la socio/a _____

con DNI: _____ ha recibido tratamiento/prestación de _____

durante el mes de _____, 20____.

Esta planilla corresponde a la factura N°: _____

| Día | Fecha | Hora de ingreso | Hora de egreso | Firma de titular o tutor | Día | Fecha | Hora de ingreso | Hora de egreso | Firma de titular o tutor |
|-----------|-------|-----------------|----------------|--------------------------|-----------|-------|-----------------|----------------|--------------------------|
| Lunes | | | | | Lunes | | | | |
| Martes | | | | | Martes | | | | |
| Miércoles | | | | | Miércoles | | | | |
| Jueves | | | | | Jueves | | | | |
| Viernes | | | | | Viernes | | | | |
| Sábado | | | | | Sábado | | | | |

| Día | Fecha | Hora de ingreso | Hora de egreso | Firma de titular o tutor | Día | Fecha | Hora de ingreso | Hora de egreso | Firma de titular o tutor |
|-----------|-------|-----------------|----------------|--------------------------|-----------|-------|-----------------|----------------|--------------------------|
| Lunes | | | | | Lunes | | | | |
| Martes | | | | | Martes | | | | |
| Miércoles | | | | | Miércoles | | | | |
| Jueves | | | | | Jueves | | | | |
| Viernes | | | | | Viernes | | | | |
| Sábado | | | | | Sábado | | | | |

| Día | Fecha | Hora de ingreso | Hora de egreso | Firma de titular o tutor |
|-----------|-------|-----------------|----------------|--------------------------|
| Lunes | | | | |
| Martes | | | | |
| Miércoles | | | | |
| Jueves | | | | |
| Viernes | | | | |
| Sábado | | | | |

| | |
|---|--------|
| Firma y sello del Prestador/Institución Las firmas deben ser ológrafas. No se aceptan imágenes. | |
| Firma del Titular o Tutor Las firmas deben ser ológrafas. No se aceptan imágenes. | |
| Aclaración | N° DNI |

Importante: Se deberá anexas 1 (una) planilla por cada tratamiento que realice el paciente, y 1 (una) por cada mes.
Ejemplo 1: Kinesiología + Terapia Ocupacional = 2 planillas.
Ejemplo 2: Kinesiología (marzo y abril)= 2 planillas.

La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.