**PLAN DE TRATAMIENTO TERAPIAS DE REHABILITACIÓN**

**(FORMULARIO 4)**

Fecha de emisión: Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

**Presupuesto**

**Datos del afiliado:**

Nombre y apellido:  N° Af. SOSUNS: 

**Datos del prestador:**

Nombre y apellido:

Matrícula Profesional:  C.U.I.T: 

Correo electrónico:  Teléfono: 

Habilitación para brindar atención a personas con CUD:  SI  NO

**Datos de la prestación:**

Tipo de prestación: 

Domicilio de atención: 

Período prestacional:  a 

Sesiones semanales:  Valor sesión: 

Cronograma de asistencia:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DÍA | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
| HORARIO | a | a | a | a | a | a | a |

Observaciones:



\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma y sello del profesional

**Informe de tratamiento**

Objetivos alcanzados en el período anterior *(solo en caso de continuidad de prestaciones):*



Plan de tratamiento y objetivos a alcanzar en el período actual:



\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma y sello del profesional

**Consentimiento:**

En mi calidad de afiliado titular/familiar a cargo del beneficiario al que se extiende el presente plan de tratamiento, presto consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente.

Tomo conocimiento de que deberé informar al S.O.S.U.N.S cualquier cambio que se presente en lo futuro en relación a la prestación.

La presente tiene carácter de declaración jurada, siendo pasible de sanciones cualquier falses u omisión en relación a los datos indicados en la misma.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del afiliado/familiar responsable Aclaración

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D.N.I.