

## **ANEXO 13: SUSPENSIÓN TEMPORARIA DEL TRATAMIENTO**

Formulario a ser completado por el afiliado o responsable a cargo en el caso que fuera menor.

---

FECHA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

<b>NOMBRE Y APELLIDO</b>	
<b>D.N.I.</b>	

Por medio de la presente, informo que por motivos personales durante los meses de \_\_\_\_\_

del corriente año, el beneficiario indicado, no asistió a la prestación de \_\_\_\_\_  
(ej. fonoaudiología, psicología, transporte, Etc)

Con el profesional y/o Institución \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
DNI