

ANEXO 13: SUSPENSIÓN TEMPORARIA DEL TRATAMIENTO

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

FECHA ____ / ____ / ____

NOMBRE Y APELLIDO	
D.N.I.	

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