Planilla de Asistencia
Salud Mental

PRESTACIÓN: _____

PLAN: ☐ DISCAPACIDAD ☐ ONCOLÓGICO ☐ GENERAL ☐ OTRO: _____

PERÍODO/MES: _____ **AÑO:** _____

PROFESIONAL: _____ **FACTURA ASOCIADA N°:** _____

AF BENEFICIARIO: _____ **N° AF:** _____

AF TITULAR: _____ **N° AF:** _____

MODALIDAD DE ATENCIÓN: ☐ ON LINE ☐ PRESENCIAL

FECHA	FIRMA PROFESIONAL	FIRMA AFILIADO/A
____/____/_____		
____/____/_____		
____/____/_____		
____/____/_____		
____/____/_____		
____/____/_____		
____/____/_____		
____/____/_____		
____/____/_____		
____/____/_____		
____/____/_____		
____/____/_____		

CANTIDAD DE SESIONES/CONSULTAS TOTAL: _____

_____

FIRMA AFILIADO/A O RESPONSABLE