

PLAN DE TRATAMIENTO

Bahía Blanca/...../.....

OBRA SOCIAL

Jerárquicos Salud

Se detallan sesiones de :
(Apellido y Nombre del Paciente)

Edad: DNI:.....

Afiliado Nº

Fecha de Inicio del Tratamiento:

Diag. Presuntivo/definitivo (según CIE10 o
DSM).
.....

Plan de tratamiento cantidad de Sesiones de terapia:

Sello y Firma
Profesional

Los datos que anteceden forman parte del material respaldatorio para presentar ante la auditoría de Jerárquico Salud, justificando el número de sesiones realizadas para el mes dedel año.....afirmando el criterio clínico profesional en el pedido de las mismas.

CONSTANCIA DE ASISTENCIA MES DE

Se detallan atenciones a :.....
(Apellido y Nombre del Paciente)

Fechas de c/ sesión*

Firma de Conformidad
del Afiliado

.....

.....

.....

.....

.....

(Firma y Sello Profesional)

- DEBE COINCIDIR CON LA CANTIDAD DE SESIONES ESPECIFICADAS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO.