



ESTIMULACION TEMPRANA

Nombre y Apellido del Beneficiario : _____

N.º de Afiliado : _____ **D.N.I:** _____ **Edad:** _____

Mail: _____ **Teléfono:** _____

Listado de profesionales intervinientes.

A continuación detallamos los profesionales que participan en el tratamiento de Estimulación Temprana.

MEDICO PEDIATRA O NEUROLOGO INFANTIL

Nombre y Apellido: _____

Matrícula: _____ Especialización: _____

PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN ESTIMULACION TEMPRANA

Nombre y Apellido: _____

Título de grado: _____ Especialización en Est. Temprana: _____

SI PARTICIPA ALGÚN OTRO PROFESIONAL, ACLARARLO

Nombre y Apellido: _____

Función: _____ Profesión: _____

Asimismo indicamos que la facturación estará a cargo de: _____ C.U.I.T: _____

Adjuntamos a esta nota nuestros títulos universitarios e inscripción en el Registro Nacional de Prestadores y en el caso del profesional que brinda Estimulación Temprana, su título de especialización.

Firma y sello de los profesionales intervinientes:

1. _____

2. _____

3. _____