



## 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. \_\_\_\_\_