



**PROGRAMA DE PRESTACIONES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD**  
**PLANILLA DE ASISTENCIA**

**MES:**

**AÑO:**

**BENEFICIARIO:** .....

**N° AFILIADO:** .....

**PRESTACIÓN:** .....

**N° VOUCHER DE AUTORIZACIÓN:** .....

Fecha	Horario	Firma del Profesional	Firma del Paciente/Padre, Madre o tutor

**FIRMA Y SELLO PROFESIONAL**