

## **AUTORIZACION DE TRATAMIENTO**

Por la presente doy mi consentimiento para que la/el menor ..... en mi carácter de (vínculo) ..... y D.N.I. ...., inicie tratamiento psicológico con el/la prestador/a .....del listado ofrecido por la Obra Social/Sistema..... Manifiesto además conocer las normas de funcionamiento del mismo.

Firma, Aclaración y DNI del Padre.....

Firma, Aclaración y DNI de la Madre.....

Lugar y fecha....., ...../...../.....

## **PEDIDO DE PRÁCTICAS PSICOLOGICAS**

Afiliado..... Nro.....

Prestador.....

Adjunto Punto D de la Historia Clínica
--

Matrícula nro.....

Firma y Aclaración.....

Lugar y fecha:.....