

A continuación, se detallan los profesionales que participarán en el tratamiento de estimulación temprana de:

Nombre y Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ D.N.I.: _____ Edad: ____

Nro afiliado

Cuil

1- MÉDICO PEDIATRA O NEURÓLOGO INFANTIL:

Nombre y Apellido: _____

Matrícula: _____

Especialización: _____

Firma, sello y aclaración _____

2- PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA:

Nombre y Apellido: _____

Matrícula: _____

Especialización: _____

Firma, sello y aclaración _____

3- PSICÓLOGO/A U OTRO/A ESPECIALIDAD:

Nombre y Apellido: _____

Matrícula: _____

Especialización: _____

Firma, sello y aclaración _____

4- SI PARTICIPA ALGÚN OTRO PROFESIONAL, COMPLETAR:

Nombre y Apellido: _____

Matrícula: _____

Especialización: _____

Firma, sello y aclaración _____

5- SI PARTICIPA ALGÚN OTRO PROFESIONAL, COMPLETAR:

Nombre y Apellido: _____

Matrícula: _____

Especialización: _____

Firma, sello y aclaración _____