

## SALUD MENTAL PRESTACIONES MENSUALES

El siguiente formulario también es aplicable para:

### DATOS DEL PROFESIONAL

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ N° de Matrícula: \_\_\_\_\_  
 Tipo y N° de Documento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### PARA COMPLETAR POR EL PROFESIONAL

Nombre y Apellido del Paciente: \_\_\_\_\_  
 Cobertura: \_\_\_\_\_ Asociado N°: \_\_\_\_\_ Plan: \_\_\_\_\_  
 Tipo y N° de Documento: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico y motivo de consulta (CIE 10): \_\_\_\_\_  
 Cantidad de sesiones mensuales (N° y letras): \_\_\_\_\_ En letras: \_\_\_\_\_  
 Tipo de consulta: \_\_\_\_\_ Código NN: \_\_\_\_\_

### PARA COMPLETAR POR EL PROFESIONAL

Número de Orden de Autorización: \_\_\_\_\_ Firma del Profesional: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_  
 Cantidad de Sesiones autorizadas: \_\_\_\_\_  
 Mes correspondiente: \_\_\_\_\_

### A COMPLETAR POR EL AFILIADO

SESIÓN 1 (UNO)	SESIÓN 2 (DOS)	SESIÓN 3 (TRES)
Fecha: ____ / ____ / ____	Fecha: ____ / ____ / ____	Fecha: ____ / ____ / ____
Nombre y Apellido del Paciente	Nombre y Apellido del Paciente	Nombre y Apellido del Paciente
Tipo y N° de Documento:	Tipo y N° de Documento:	Tipo y N° de Documento:
Firma del Paciente:	Firma del Paciente:	Firma del Paciente:
SESIÓN 4 (CUATRO)	SESIÓN 5 (CINCO)	SESIÓN 6 (SEIS)
Fecha: ____ / ____ / ____	Fecha: ____ / ____ / ____	Fecha: ____ / ____ / ____
Nombre y Apellido del Paciente	Nombre y Apellido del Paciente	Nombre y Apellido del Paciente
Tipo y N° de Documento:	Tipo y N° de Documento:	Tipo y N° de Documento:
Firma del Paciente:	Firma del Paciente:	Firma del Paciente: