



## Formulario de Autorización de Psicoterapia individual

### Datos del afiliado

Apellido y Nombre:

Edad:

Afiliado N°:

Plan:

### Datos Prestador:

N° Prestador:

Profesional:

Teléfono:

Mail:

Fecha de inicio de tratamiento:

Diagnóstico:

Sesiones mensuales:  
(hasta 4 sesiones x mes)

Cod. Práctica 33.01.01

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
**Firma y sello del Prestador**

**Reservado para la Obra Social**

Autorizado por:

Fecha: