

Protocolo de modificación de arancel

PACIENTE

Apellido y Nombre:

Nro. de registro:

Edad:

TERAPEUTA

Apellido y Nombre:

Nro. Matrícula:

Indique en los casilleros el Plan anterior y el Plan actual

del Plan Anterior al Plan Actual

EVALUAR POR QUÉ

(a completar **sólo** en caso de acordar un arancel D)

Plan A a Plan D

Fijar el monto: \$ _____

Plan B a Plan D

Fijar el monto: \$ _____

Plan C a Plan D

Fijar el monto: \$ _____

Fecha: __/__/__

Firma y Aclaración: _____ Firma y Aclaración: _____

Paciente

Terapeuta