

## Planilla Mensual de Asistencia de Pacientes

Lic. /Dr.:

Mes: .....

Año:.....

Día	Plan	Asociado N°	Apellido y Nombre	Práctica	Importe	Diagnóstico	Firma	Tipo y N° de DNI	Cód. Aut. IVR

**Importante:**

A fin de evitar demoras en la liquidación, se deberán completar todos los casilleros.  
Los dos últimos deberán ser completados de puño y letra por el paciente.

**PRACTICA (Psicológica):**

**C:** Control psicofarm. / **Pi:** Psicoterapia individual / **PF:** Psicoterapia de Pareja y Familia / **PG:** Psicología Grupal / **PO:** Psicoprofilaxis Obstétrica.  
**ET:** Estimulación Temprana  
**IVR:** Colocar con número legible el Código de Autorización de IVR

**Auditoría Médica**

**Firma y Sello del Profesional**