

...../...../.....

**Pedido de Autorización**

Apellido y nombre afiliado: .....

Afiliado N°: .....

Tipo de prestación: .....

Se solicita autorización para ..... sesiones correspondiente al mes de

..... año .....

FECHAS ATENCION

FIRMA DEL PACIENTE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

\_\_\_\_\_