Estos formularios pueden descargarse desde el **Autogestor de prestadores (Novedades> Documentación Útil> Servicio de discapacidad> Formularios de asistencia).**

FORMULARIO SCS-FR05030-R04

FORMULARIO DE ASISTENCIA A PRESTACIONES EN AMBULATORIO

Nombre y Apellido del Prestador: _____

Dejo constancia que el Asociado (Nombre y Apellido): _____ *N° DNI:* _____

Ha concurrido a (Nombre de la Prestación): _____

Durante el mes/año (Ej. Junio 2026): _____

DÍA	FECHA	HORA INGRESO	HORA EGRESO	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR (en forma manuscrita)
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

DÍA	FECHA	HORA INGRESO	HORA EGRESO	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR (en forma manuscrita)
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

DÍA	FECHA	HORA INGRESO	HORA EGRESO	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR (en forma manuscrita)
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

DÍA	FECHA	HORA INGRESO	HORA EGRESO	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR (en forma manuscrita)
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

FIRMA Y SELLO DEL
PROFESIONAL TRATANTE

Importante: Se deberá anexar 1(una) Planilla por cada Tratamiento que realice el Asociado y 1 (una) por cada mes.
Ejemplo 1: Kinesiología + Terapia Ocupacional: 2 Planillas. Ejemplo 2: Kinesiología (Marzo y Abril): 2 Planillas.

SCS-FR05030-R04