**ORDEN DE ATENCIÓN DEL PACIENTE**

Instrucciones: Completar la ficha en donde aparece las XXX y enviarla al correo: **administracion@aprovamos.pe** junto con la constancia de abono.

N° de caso : No completar

Tipo de Terapia : XXX

Motivo de la Asistencia : XXX

Datos del Paciente

Nombre Completo: XXX

DNI: XXX

Edad: XXX

Teléfono: XXX

Correo electrónico: XXX

Datos del Apoderado

Nombre Completo: XXX

DNI: XXX

Edad: XXX

Teléfono: XXX

Correo electrónico: XXX

***OBSERVACIÓN :****Máximo pueden asistir a 5 asistencias virtuales por pack.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Nº | Fecha | Hora de inicio | Hora de fin | Nombre Completo del Paciente | Comentario adicional |
| 1 | XXX | XXX |  |  |  |
| 2 | XXX | XXX |  |  |  |
| 3 | XXX | XXX |  |  |  |
| 4 | XXX | XXX |  |  |  |
| 5 | XXX | XXX |  |  |  |