OSDEPYM
TE ESTAMOS CUIDANDO

Control de asistencia a Instituciones (Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día, Escuelas, Centros de Rehabilitación, etc.)

Nombre y Apellido del Paciente:

Fecha (día, mes y año)	Horario (desde/hasta)	Nombre de la Institución, categoría, tipo de prestación, etc.	Domicilio donde se realiza la práctica profesional	Firma y sello de la Autoridad de la Institución	Traslado		Firma del padre, madre, tutor, encargado, etc.	Aclaración de firma
					¿Quién llevó al paciente?	¿Quién lo retiró?		