

Programa de discapacidad

Documentación General

INFORME DE PLAN DE TRATAMIENTO PARA ACOMPAÑANTE EN DOMICILIO

Firmado por profesional supervisor de equipo tratante - FORMULARIO 7

Nombre beneficiario: _____ DNI: _____

Razón social del prestador: _____

PRESTACIÓN – ESPECIALIDAD: _____

A) EVALUACIÓN DE INICIO. Para el caso de prestación brindada por primera vez al paciente.

Instrumentos de evaluación utilizados:

- Escalas estandarizadas. ¿Cuáles? ¿Qué resultados arrojan?
- Entrevistas estructuradas/semi estructuradas con el paciente y la familia. ¿Qué consideraciones resultan?
- Informes de profesionales tratantes/ RHC. ¿Qué aspectos se destacan?
- Informes escolares de años anteriores ¿Qué indicadores señalan?

B) INFORME DE EVOLUCIÓN. Para el caso de prestaciones que ya se hayan brindado en períodos anteriores, de la misma manera o con modificaciones.

Período de abordaje: _____

Se cumplieron los objetivos planteados: SI / NO Observaciones: _____

Intervenciones con la familia, especificar cuáles: _____

Resultados observables del tratamiento: _____

A Y B)) PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL. Completar en todos los casos

1- Objetivos (mínimo tres, concretos, mensurables y específicos)

2- ¿Cuál será el horario de asistencia?

3- ¿Se mantendrá contacto con el resto del equipo tratante? SI /NO ¿Con qué frecuencia?

4. ¿Se realiza abordaje familiar? SI /NO ¿Con qué frecuencia?

5- Completar cronograma de todas las actividades terapéuticas del paciente (ver aparte)

Firma y sello del profesional supervisor

Firma del prestador

Lugar y fecha
(la fecha tiene que ser anterior
al período solicitado)

*Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.