

## 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)