

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

INFORME INICIAL/EVOLUTIVO/PLAN DE TRATAMIENTO – FORMULARIO 10

Nombre beneficiario: _____ DNI: _____

Razón social del prestador: _____

PRESTACIÓN – ESPECIALIDAD: _____

A) EVALUACIÓN DE INICIO. Para el caso de prestaciones 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 arrojan? _____
- 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.

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

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

Lugar y fecha