

Programa de discapacidad

Documentación General

INFORME INICIAL/EVOLUTIVO - PLAN DE TRATAMIENTO - FORMULARIO 7 (página 1/2)

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.

Se cumplieron los objetivos planteados: SI / NO Observaciones:

Resultados observables del tratamiento:

Firma y sello del profesional

Lugar y fecha
(la fecha debe 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.

Programa de discapacidad
Documentación General

INFORME INICIAL/EVOLUTIVO - PLAN DE ABORDAJE - FORMULARIO 7 (página 2/2)

- Objetivos (*mínimo tres, concretos, mensurables y específicos*):

- ¿Cuál será el horario de asistencia?:

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

- ¿Se realiza el abordaje familiar? SI/NO – ¿Con qué frecuencia?:

Firma y sello del profesional