

## 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)

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

\*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.