

## Programa de Discapacidad – Documentación General

### CRONOGRAMA DE PRESTACIONES ESPECIALES

Nombre y Apellido del beneficiario: \_\_\_\_\_

El profesional deberá llenar lo correspondiente a la prestación brindada y la persona con discapacidad, o un familiar responsable, el resto de las prestaciones recibidas en total por el paciente.

- A. En el ítem HORARIO, la franja horaria en la que el beneficiario recibe la prestación, señalando hora de inicio y fin. Se acuerda que el tiempo establecido por sesión es de 45-60 minutos.
- B. En los ítems DÍAS, el día en que recibe la prestación.

HORARIO		DÍAS						
Inicio	Fin	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
07:__	__:__							
08:__	__:__							
_09:__	__:__							
_10:__	__:__							
11:__	__:__							
12:__	__:__							
_13:__	__:__							
14:__	__:__							
15:__	__:__							
16:__	__:__							
17:__	__:__							
18:__	__:__							
19:__	__:__							
20:__	__:__							
21:__	__:__							