

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__:__	__:__							