

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - PRESTACIONES EDUCATIVAS 1

Fecha: ____ / ____ / ____

PLAN DE TRABAJO

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Obra social: _____ Sexo: F / M

Categoría (marcar con una cruz el que corresponda):

Titular Cónyuge Concubino/a Hijo/a Otro

Prestación - especialidad: _____

Período y año prestacional (indique mes desde – hasta): _____

Objetivos concretos propuestos para la disciplina: _____

Evolución del paciente a lo largo del último año: _____

Aclare si se brindó la prestación anteriormente (Indique desde que año): _____

Firma y sello del profesional o responsable institucional: _____