

INFORME INICIAL/EVOLUTIVO/PLAN DE TRATAMIENTO

Nombre beneficiario: _____ DNI: _____

Razón social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____ Teléfono: _____

PRESTACIÓN – ESPECIALIDAD: _____

A) EVALUACIÓN DE INICIO. Para el caso de escolaridad especial 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?

A) 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: _____

A Y B) PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL. Completar en todos los casos**1-** Objetivos (mínimo tres, concretos, mensurables y específicos)**2-** ¿Cuál será la frecuencia? Especificar días y horarios**3-** ¿Se mantendrá contacto con el resto del equipo tratante? SI - NO ¿Con qué frecuencia?**4-** ¿Se realiza abordaje familiar? SI /NO ¿Con qué frecuencia?**5-** Completar cronograma de todas las actividades terapéuticas del paciente (*ver aparte*)

Firma y sello del profesional

Lugar y fecha