

## PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

### INFORME INICIAL/EVOLUTIVO/PLAN DE TRATAMIENTO – FORMULARIO 08

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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**A Y B ) PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL.** Completar en todos los casos

1- Objetivos (mínimo tres, concretos, mensurables y específicos)

\_\_\_\_\_

2- ¿Cuál será el horario de asistencia?

\_\_\_\_\_

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