

Programa de Discapacidad – Documentación General

EQUIPO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

A continuación, se detallan los profesionales que participarán en el tratamiento de estimulación temprana de:

Nombre y Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ D.N.I.: _____ Edad: ____ Obra Social: _____

1- MÉDICO PEDIATRA O NEURÓLOGO INFANTIL:

Nombre y Apellido: _____

Matrícula: _____

Especialización: _____

2- PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA:

Nombre y Apellido: _____

Matrícula: _____

Especialización: _____

3- PSICÓLOGO/A U OTRO/A ESPECIALIDAD:

Nombre y Apellido: _____

Matrícula: _____

Especialización: _____

4- SI PARTICIPA ALGÚN OTRO PROFESIONAL, COMPLETAR:

Nombre y Apellido: _____

Matrícula: _____

Especialización: _____

A continuación, se adjuntan a esta nota títulos universitarios e inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de cada profesional y, en el caso de quien brinda estimulación temprana, su título de especialización.

Firma y Sello de los profesionales intervenientes:

1	2
3	4