

# PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

## PLANILLA DE ESTIMULACION TEMPRANA- FORMULARIO 07

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: \_\_\_\_\_

### 1- MÉDICO PEDIATRA O NEUROLOGO INFANTIL:

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

Especialización: \_\_\_\_\_

Firma, sello y aclaración \_\_\_\_\_

### 2- PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA:

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

Especialización: \_\_\_\_\_

Firma, sello y aclaración \_\_\_\_\_

### 3- PSICÓLOGO/A U OTRO/A ESPECIALIDAD:

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

Especialización: \_\_\_\_\_

Firma, sello y aclaración \_\_\_\_\_

### 4- SI PARTICIPA ALGÚN OTRO PROFESIONAL, COMPLETAR:

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

Especialización: \_\_\_\_\_

Firma, sello y aclaración \_\_\_\_\_

### 5- SI PARTICIPA ALGÚN OTRO PROFESIONAL, COMPLETAR:

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

Especialización: \_\_\_\_\_

Firma, sello y aclaración \_\_\_\_\_