

## PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - REHABILITACIÓN

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: \_\_\_\_\_