

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - REHABILITACIÓN

EQUIPO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

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

Nombre y Apellido: _____

Fecha: ____ / ____ / ____ DNI: _____ 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 intervinientes:

1-	2-
3-	4-