

DISCAPACIDAD: modelo de plan de tratamiento

Lugar de emisión: _____ Fecha: ____/____/____

Datos del socio

Apellido: _____ Nombres: _____
Edad: _____ DNI: _____ N° de socio: ____ - ____ - ____
El niño/a concurre a las terapias acompañado por: (indicar parentesco) _____

Datos del prestador

Nombre y apellido / razón social: _____
Domicilio REAL donde se brindará la prestación: _____
Teléfono: _____

Diagnóstico _____

Antecedentes

Continuación de tratamiento: Sí ☐ NO ☐ Fecha de inicio: ____/____/____

Datos de la prestación a realizar

Prestación / especialidad	Desde	Hasta	Cantidad de sesiones semanales

Tiempo estimado de tratamiento: _____
Tipo de jornada: simple / doble Matrícula (de corresponder) Sí ☐ No ☐ Dependencia (de corresponder) Sí ☐ No ☐

Objetivos

*Se pueden adjuntar los objetivos del tratamiento en un anexo.

En caso de solicitar dependencia debe especificar los apoyos que se brindan

Cronograma de asistencia

Días y horarios	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO	
	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta
Terapia _____	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
Terapia _____	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
Terapia _____	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>

De haber cambios de tratamiento, frecuencia o lugar,
deberán informarse a autorizaciones.

Firma y sello

Aclaración
