

## ANEXO 8

### INICIO / CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO (Resaltar modalidad correspondiente y Completar todos los campos)

Nombre y Apellido del Beneficiario:

\_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nro. De Afiliado OSPIM: \_\_\_\_\_

Diagnóstico:

Informe de Evaluación Inicial:

Objetivos Generales y Específicos:

Observaciones:

Nombre y Apellido del Profesional:

\_\_\_\_\_

Domicilio donde se brinda la prestación:

\_\_\_\_\_

Teléfono del Prestador: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico del Prestador: \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Profesional Tratante: