

## MODELO PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL DE REHABILITACIÓN 2026

(Terapia con profesional independiente)

### DEL BENEFICIARIO/A CON CUD:

APELLIDO Y NOMBRE

DNI

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

DIAGNÓSTICO

### DEL PRESTADOR :

APELLIDO Y NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL

CUIT

TELÉFONO

MAIL

NOMBRE DE LA TERAPIA

CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES SOLICITADAS AÑO 2026

OBJETIVOS QUE SE PROPONEN CON EL/LA BENEFICIARIA/O PARA EL AÑO 2026

DETALLE DE LA METODOLOGÍA (ACCIONES) DE TRABAJO QUE VA A REALIZAR CON EL BENEFICIARIO/A PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS PROPUESTOS POR USTED

Del Prestador que completa la planilla :

Firma - Original de Puño y Letra

Sello

Aclaración - Original de Puño y Letra

Matrícula - Completar si corresponde