

INFORME DE Estimulación Temprana-Rehabilitación / Módulo Integral Intensivo Módulo Integral Simple / Prestador Individual (Aclarar especialidad. Ej: Psicología, TO, etc.)

Tachar lo que no corresponda.

| | | | |
|-------------------------|--|----------------------|--|
| MES | | NOMBRE DEL PRESTADOR | |
| | | CUIT | |
| NOMBRE DEL BENEFICIARIO | | EDAD | |
| DIAGNÓSTICO SEGÚN CUD | | | |

INFORME MENSUAL

| | | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| MODALIDAD DE LA PRESTACIÓN | <input type="checkbox"/> virtual | <input type="checkbox"/> mixta | <input type="checkbox"/> presencial | |
| TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SESIÓN | | | | |
| RESPUESTA DEL BENEFICIARIO A LA VIRTUALIDAD | <input type="checkbox"/> muy buena | <input type="checkbox"/> buena | <input type="checkbox"/> regular | <input type="checkbox"/> mala |

DETALLE LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO A DISTANCIA.

MÉTODOS A UTILIZAR PARA LLEVAR A CABO LA REHABILITACIÓN.

.....
Lugar y Fecha

.....
Firma y Sello Profesional
que brindó la prestación

El presente informe reviste carácter de declaración jurada

