

INFORME SEMESTRAL

Apellido y nombre del Afiliado:.....

DNI:..... N° de Afiliado:

Diagnóstico por CUD:.....

Fecha:...../...../.....

Por la presente, YO DNI.....
tutor/a del afiliado dejo constancia que las
prestaciones autorizadas fueron realizadas por la institución/ profesionales y/o servicio
de traslado programado mencionado.

PRESTACION AUTORIZADA (Marcar con una cruz)

Rehabilitación.....

Prestación de Apoyo.....

Estimulación Temprana.....

SAIE/ Maestra Apoyo.....

Centro Educativo Terapéutico.....

Centro de Día.....

Formación/Aprest. Laboral.....

Escolaridad Especial.....

¿RECIBIO SERVICIO DE TRASLADO PROGRAMADO? SI..... NO.....

Con Dependencia: SI NO

Desde el mes de..... hasta Julio 2023

Nombre de Servicio de Traslado.....

.....

Firma y sello de Servicio de Traslado Programado

.....
Firma y sello de la Institución/
Médico y/o Profesional responsable
del Equipo Interdisciplinario

.....
Firma y aclaración del tutor

DNI

Teléfono



A COMPLETAR POR CADA PROFESIONAL INTERVINIENTE

PROFESIONAL:

Especialidad:

Fecha de inicio de prestación:...../...../.....

OBJETIVOS AVANZADOS (Según plan de trabajo presentado)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

EVOLUCION.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SUGERENCIAS.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Firma y sello del profesional tratante

.....
Firma y Aclaración del tutor
DNI
Teléfono: