

ANEXO 28

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

Nombre y Apellido del Beneficiario:

DNI: _____ Fecha de Nac ____/____/____

Diagnóstico:

-Informe de Evaluación Inicial/Final:

-Objetivos Generales y Específicos:

-Plan de tratamiento individual con modalidad y estrategias de intervención para el logro de objetivos:

Nombre y Apellido del Profesional:

Domicilio donde se brinda la prestación:

Teléfono del Prestador: _____

Correo Electrónico del Prestador: _____

Firma y Sello del Profesional Tratante: