PLAN DE TRABAJO

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN _____

DATOS DEL AFILIADO:

NOMBRE Y APELLIDO BENEFICIARIO: _____

CUIL BENEFICIARIO: _____ **F.NAC**: _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

PRESTACIÓN / ESPECIALIDAD: _____

PERÍODO: AÑO: _____ DESDE: _____ HASTA: _____

1- **INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL*:***

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

2.-INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN, EN EL CUAL CONSTEN:

PERÍODO DE ABORDAJE, MODALIDAD DE PRESTACION, DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS CON LA PERSONA CON DISCAPACIDAD Y SU NÚCLEO DE APOYO, RESULTADOS ALCANZADOS._____

3.-PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL, EN EL CUAL CONSTEN: PERIODO, MODALIDAD DE PRESTACION, OBJETIVOS ESPECIFICOS DE ABORDAJE, ESTRATEGIAS A UTILIZAR EN LA INTERVENCION CONTEMPLANDO LOS DIFERENTES CONTEXTOS: _____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL