

INFORME DE

Centro Educativo Terapéutico / Centro de Día / Aprestamiento Laboral

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	
RESPUESTA DEL BENEFICIARIO A LA VIRTUALIDAD	<input type="checkbox"/> muy buena	<input type="checkbox"/> buena	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> mala

DETALLAR LAS PRESTACIONES EFECTIVAMENTE BRINDADAS EN EL MES AL BENEFICIARIO.

DETALLE LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO A DISTANCIA.

.....
Lugar y Fecha

.....
Firma y Sello Profesional
del responsable de la Institución

El presente informe reviste carácter de declaración jurada

