

INFORME DE

NOMBRE DEL PRESTADOR	<input type="text"/>	TELÉFONO	<input type="text"/>
MAIL	<input type="text"/>	CUIT	<input type="text"/>
NOMBRE DEL BENEFICIARIO	<input type="text"/>	F. NACIMIENTO	<input type="text"/>
EDAD	<input type="text"/>	DNI	<input type="text"/>
DIAGNÓSTICO SEGÚN CUD	<input type="text"/>		

INFORME SEMESTRAL

MODALIDAD DE LA PRESTACIÓN	<input type="text" value="virtual"/>	<input type="text" value="mixta"/>	<input type="text" value="presencial"/>	
TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SESIÓN <i>(en caso de rehabilitación)</i>	<input type="text"/>			
FRECUENCIA DE LA PRESTACIÓN	<input type="text"/>			
RESPUESTA DEL BENEFICIARIO A LA VIRTUALIDAD	<input type="text" value="muy buena"/>	<input type="text" value="buena"/>	<input type="text" value="regular"/>	<input type="text" value="mala"/>

	Evolución del tratamiento: ¿Cuáles fueron sus avances?	Estrategias utilizadas
JULIO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AGOSTO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SEPTIEMBRE	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OCTUBRE		
NOVIEMBRE		
DICIEMBRE		

SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL *(desarrollo)* ¿Cómo está el beneficiario?

.....
Lugar y Fecha

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

El presente informe reviste carácter de declaración jurada

