OSPACA
Obra Social del Personal del
AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO
R.N.O.S. 1-0160-4

Última act: octubre 2024

INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL

FECHA DE EMISIÓN _____ LUGAR _____

INFORME DE (NOMBRE DE LA PRESTACIÓN) _____

NOMBRE DEL PRESTADOR _____ TELÉFONO _____

MAIL PRESTADOR _____ CUIT _____

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO/A _____

DNI _____ *FECHA DE NACIMIENTO* _____

DIAGNÓSTICO SEGÚN CUD _____

_____

_____ *FECHA ENTREVISTA* _____

Detalle brevemente la situación en Clínica/Pedagógica observada en la entrevista de admisión del beneficiario/a

_____

FORMA EN QUE FUÉ EVALUADO/A (Marque lo que corresponde)

Con el Beneficiario/a	*Sí - No*	*Con los adultos responsables*	*Sí - No*
Presencial	*Sí - No*	*Virtual*	*Sí - No*

Cantidad de sesiones semanales solicitadas _____

En caso de Instituciones (CET- Centro de Día- Esc. Especial) TIPO DE JORNADA _____

Firma (*)	*Aclaración*	*Sello legible*	*Matrícula*

(*) PUEDE SER DE PUÑO Y LETRA O DIGITAL/HOLOGRÁFICA