

INFORME DE Estimulación Temprana-Rehabilitación / Módulo Integral Intensivo
Módulo Integral Simple / Prestador Individual (Aclarar especialidad. Ej: Psicología, TO, etc.)

Tachar lo que no corresponda.

MES NOMBRE DEL PRESTADOR
 CUIT
NOMBRE DEL BENEFICIARIO EDAD
DIAGNÓSTICO SEGÚN CUD

INFORME MENSUAL

MODALIDAD DE LA PRESTACIÓN virtual mixta presencial
TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SESIÓN
RESPUESTA DEL BENEFICIARIO A LA VIRTUALIDAD muy buena buena regular mala

DETALLE LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO A DISTANCIA.

MÉTODOS A UTILIZAR PARA LLEVAR A CABO LA REHABILITACIÓN.

.....
Lugar y Fecha

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

El presente informe reviste carácter de declaración jurada

