12°.c INFORME DE CESE PRESTACIONAL

Completo y firmado por el prestador

Fecha: / /

Apellido y nombre del afiliado/a: _____

DNI: _____ N° de afiliado/a: _____ Edad: _____

Diagnóstico: _____

Prestación: _____

Razón social del prestador: _____

Período del tratamiento:

Desde (mes): _____ 2027 hasta (mes): _____ 2027.

Fecha de cese: _____

Motivo del cese

Indicar el motivo de finalización de la prestación (alta, cumplimiento de objetivos, derivación, abandono del tratamiento u otro según corresponda).

Resumen del proceso terapéutico

Describir una síntesis del abordaje realizado y de la evolución del afiliado/a durante el período de tratamiento.

Observaciones adicionales:

_____ _____

Firma *(manuscrita)* y sello del profesional

Aclaración