12°.d INFORME SEMESTRAL 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.

Resumen del proceso terapéutico a la fecha

Describir la evolución del afiliado/a, considerando su estado general, la modalidad de prestación, las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, así como los resultados alcanzados durante el período evaluado.

Observaciones adicionales:

_____ _____

Firma *(manuscrita)* y sello del profesional

Aclaración