13°.d PLAN DE ABORDAJE - INSTITUCIONES

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.

Objetivo general:

Objetivos específicos propuestos para la persona con discapacidad:

13°.d Plan de abordaje - Instituciones

Continuación - hoja 2 de 2

Actividades y talleres:

Estrategias de intervención:

Firma *(manuscrita)* y sello del profesional

Aclaración