

INFORME EVOLUTIVO

Resolución 1731/21: “Informe evolutivo de la prestación, en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados”

LUGAR _____ FECHA ____/____/____

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO	DNI	FECHA DE NACIMIENTO
-------------------	-----	---------------------

DATOS DE LA PRESTACIÓN

PRESTACIÓN /ESPECIALIDAD	PERIODO		
	DESDE	HASTA	AÑO

• **DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS CON LA PERSONA CON DISCAPACIDAD Y SU NUCLEO DE APOYO**

• **RESULTADOS ALCANZADOS**

• **PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL**
OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE ABORDAJE:

• **ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN CONTEMPLANDO DIFERENTES CONTEXTOS**

ESTOS OBJETIVOS, CON SU EVOLUCIÓN, DEBERÁN SER PRESENTADOS CADA 6 MESES CON LA FINALIDAD DE EVALUAR NUEVAMENTE LA CONTINUIDAD, AMPLIACIÓN O SUSPENSIÓN DEL MISMO DE ACUERDO A LO ESTIPULADO POR LA LEY 24.901 EN SU ART. 12.

SI LO DESEA PUEDE ADJUNTAR UN PLAN DE TRABAJO ADICIONAL QUE PROFUNDICE LO AQUÍ DESARROLLADO.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

ACLARACIÓN

FIRMA DEL BENEFICIARIO PADRES/RESPONSABLES (no excluyente)

ACLARACIÓN