

## FORMULARIO PLAN DE TRATAMIENTO

FECHA (debe ser anterior al inicio de tratamiento): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

TIPO DE PRESTACIÓN: \_\_\_\_\_

PERIODO - DESDE: \_\_\_\_\_ HASTA: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

INFORME EVOLUTIVO (MARQUE LO QUE CORRESPONDA):

- Inicio del Tratamiento: informe de evaluación inicial según diagnóstico.
- Continuidad del Tratamiento: informe evolutivo que señale objetivos a corto y a largo plazo logrados y no logrados de acuerdo al Plan de Tratamiento presentado el año anterior.

MODALIDAD:            PRESENCIAL            VIRTUAL            MIXTA

OBJETIVOS A CORTO Y LARGO PLAZO:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL BENEFICIARIO

\_\_\_\_\_  
ACLARACION

\_\_\_\_\_  
ACLARACION