PLAN DE TRATAMIENTO TERAPIAS DE REHABILITACIÓN

**(FORMULARIO 4)**

Fecha de emisión: Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. (**1.)**

**Presupuesto**

**Datos del Afiliado:**

Nombre y apellido:  Nº Afiliado UNS: 

**Datos del Prestador:**

Nombre y apellido:  CUIT: 

Teléfono:  Correo electrónico: 

Habilitación para brindar atención a personas con CUD: SI NO

**Datos de la Prestación:**

Tipo de prestación: 

Domicilio de atención: 

Período prestacional:  a 

Sesiones semanales:  Valor de la sesión: 

**Cronograma de asistencia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DÍA** | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
| **HORARIO** | a | a | a | a  | a | a | a |

**Observaciones:**



\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma y sello del Profesional

**Informe de tratamiento**

Objetivos alcanzados durante el período anterior (solo en caso de continuidad de prestaciones):



Plan de tratamiento y objetivos a alcanzar durante el período actual:



\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma y sello del Profesional

**Consentimiento:**

Dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente.

Declaro que los datos consignados son veraces. Tomo conocimiento de que deberé informar cualquier cambio que se presente en relación a la prestación.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del afiliado o familiar responsable DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. La fecha de emisión deberá ser anterior al inicio del tratamiento.