



Prestaciones de Rehabilitación/Educativas Discapacidad

INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL

Sr. Profesional, por favor completar este formulario en letra imprenta, mayúscula legible.

Este informe se completará cuando se inicie una nueva prestación,
o al momento de comenzar con un nuevo profesional.

Se agradecerá que sea descriptivo de las particularidades observadas.

Muchas gracias por su colaboración.

DATOS IDENTIFICATORIOS

.....
Apellido y Nombre del Afiliado

.....
Nº S.S. OSPF

.....
CUIL

.....
Edad

PARTICULARIDADES, SINTOMAS, ESTADO A EVALUAR ACORDE A LA PATOLOGÍA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN APLICADOS

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

RESULTADO DEL PROCESO DE EVALUACIÓN

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Fecha (anterior al inicio del periodo)

.....
Firma y sello del prestador