13°.c PLAN DE ABORDAJE — CENTROS DE REHABILITACIÓN O DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

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:

Prestaciones a brindar:

13°.c Plan de abordaje — Centros de rehabilitación o de estimulación temprana

Continuación - hoja 2 de 2

Objetivos específicos propuestos por prestación:

Estrategias de Intervención:

Firma *(manuscrita)* y sello del profesional

Aclaración