

Formulario 013 - Programa de Discapacidad

Informe Evaluativo

Completar todos los campos del formulario.

Lugar de Emisión

Fecha

Informe Evaluativo

Se solicita en aquellos casos que el paciente está comenzando un tratamiento nuevo o si cambia de prestador.

Datos del Paciente

Apellido y Nombres

Número de DNI

Fecha de Nacimiento

Edad (años y meses)

Diagnóstico del C.U.D.

Fecha de Inicio del Tratamiento y Período de Abordaje

Fecha del Informe

Descripción detallada del estado clínico del paciente al momento de evaluarlo por primera vez (características particulares de su personalidad, modo de relacionarse con el profesional, observaciones en base a la información recabada en las entrevistas preliminares).

Mencionar los aspectos del paciente (áreas funcionales / del desarrollo) en los que se observan dificultades.

Formulario 013 - Programa de Discapacidad

Informe Evaluativo

Completar todos los campos del formulario.

Fortalezas del Paciente: Mencionar aquellas áreas / funciones conservadas:

¿Qué instrumentos de valoración fueron aplicados? ¿Qué técnicas / test se utilizaron?

Resultados del Proceso de Evaluación / Observaciones a destacar:

Firma y Sello del Prestador

Aclaración