

Prestaciones de Rehabilitación/Habilitación Discapacidad
INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN, PERIODO ANTERIOR

A completar por el prestador

OBRA SOCIAL LEY 23660 - INSCRIPTA EN EL R.N.O.S. BAJO Nº 1 - 1070 - 1

Estimado profesional: Este formulario se solicitará cuando haya continuidad en la prestación y prestador de un período a otro, o al finalizar un tratamiento. Informar período anterior al solicitado. En caso de **prestaciones de equipo, cada integrante presentará el suyo**. Cualquier cambio, corrección, etc. deben ser salvados con firma y sello. Completar con letra imprenta legible.

DATOS IDENTIFICATORIOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre del Beneficiario

Nº S.S. OSFATLyF

CUIL

Edad

PERÍODO INFORMADO (PERIODO ANTERIOR)

Prestación:

Desde (mes y año):

Hasta (mes y año):

ESTADO DEL PACIENTE AL INICIO DEL PERÍODO**DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS****RESULTADO DEL PROCESO**

En caso de ser necesario, adjuntar hoja con información adicional.

Fecha (día, mes y año) anterior
al inicio del período

Firma y Sello del Profesional