OSFATLYF
Obra Social de la Federación Argentina de Trabajadores de Luz y Fuerza

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

F.05.11v202309

Prestaciones de Rehabilitación/Habilitación Discapacidad

PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL, PERIODO A AUTORIZAR

A completar por el prestador

Estimado profesional: este informe se solicitará al inicio de cada período. En caso de **prestaciones de equipo**, cada integrante presentará el suyo. En caso de **prestaciones institucionales** se presentará uno por área. Cualquier cambio, corrección, etc., deben ser salvados con firma y sello. Completar con letra imprenta legible. Muchas gracias por su colaboración.

DATOS IDENTIFICATORIOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre del Beneficiario

Nº S.S. OSFATLyF	CUIL	Edad

PERÍODO INFORMADO

Prestación a brindar

Desde (mes y año): Hasta (mes y año):

EVALUACIÓN DEL PACIENTE AL INICIO DEL PERÍODO

OBJETIVOS ESPECIFICOS A LOGRAR DURANTE EL PERÍODO

DESCRIPCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS UTILIZADAS EN LA INTERVENCIÓN: Sistemas, Herramientas, Recursos, etc.

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