

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. OSFATLyF

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