

# FORMULARIO INFORME DE INICIO O CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO 2025

## DATOS DEL ASOCIADO:

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Documento: Tipo: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

## DATOS DE LA PRESTACIÓN:

Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

## INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL O EVOLUTIVO:

*(marcar con una X lo que corresponda)*

**Informe de Evaluación Inicial:** se debe remitir exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

**Informe Evolutivo de la Prestación:** debe constar: período de abordaje, modalidad de la prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

## INFORME:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Nota: agregar hoja/s adicionales de ser necesario.*

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PROFESIONAL**

\_\_\_\_\_  
**SELLO/ACLARACIÓN**