

## ANEXO 28

### CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO/INICIO DE TRATAMIENTO (Resaltar modalidad correspondiente y Completar todos los campos)

Nombre y Apellido del Beneficiario:

\_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Diagnóstico:

Fecha de Informe:

-Informe de Evaluación Inicial/Final:

-Objetivos Generales y Específicos:

-Plan de tratamiento individual con modalidad y estrategias de intervención para el logro de objetivos:

Nombre y Apellido del Profesional:

\_\_\_\_\_

Domicilio donde se brinda la prestación:

\_\_\_\_\_

Teléfono del Prestador: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico del Prestador: \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Profesional Tratante: