



Modelo de plan de tratamiento

Datos del paciente:

Nombre y apellido:

Edad:

DNI:

Fecha de Nacimiento:

Diagnóstico/ Condición de aprendizaje:

Datos del profesional

Nombre y apellido/razón social:

Domicilio donde se brindará la prestación:

Teléfono:

Cuit:

Matrícula profesional:

Prestación a realizar: _____

Cantidad de sesiones semanales:

Continuación de tratamiento: **NO**

Continuación de tratamiento: **SI** Objetivos: *
*
*

Fecha de inicio: / /

Cronograma de asistencia

Terapia	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
	Desde Hs	Desde Hs	Desde Hs	Desde Hs	Desde Hs
	Hasta Hs	Hasta Hs	Hasta Hs	Hasta Hs	Hasta Hs

Firma y sello:

Lugar y fecha: