

# PLAN DE TRATAMIENTO A REALIZAR

## Datos del Beneficiario

FECHA: 

--	--	--	--

 (1)

Nombre										Apellido									
Nº de Beneficiario										Tipo Doc.	Nº Documento					Edad	Sexo		

## Datos Prestación

Prestación / Especialidad: .....

Período Desde:  Hasta:  Año:

Modalidad: .....

.....

.....

.....

.....

Abordaje: .....

.....

.....

.....

.....

Objetivos: .....

.....

.....

.....

.....

.....  
**FIRMA DE LOS PROFESIONALES**  
.....

.....  
**FIRMA DE LOS PADRES**  
.....

(1) La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento