

Ingreso a la modalidad de HOGAR ASOCIADO

Esta planilla deberá ser completada por personal Directivo de la Institución. Los datos consignados tendrán carácter de declaración jurada

1. MODALIDAD SOLICITADA: _____ **FECHA:** _____

2. DATOS DE LA INSTITUCIÓN /

2.1. Denominación: _____

2.2. Domicilio: _____ 2.3. Localidad: _____

2.4. Teléfono: _____

3. DATOS DEL AFILIADO /

3.1. Apellido y nombres: _____

3.2. Afiliado N°: _____ 3.3. Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

3.4. Fecha de ingreso: ____ / ____ / ____

3.5. Motivo determinante de la internación:

3.5.1. Orden Judicial (Adjuntar fotocopia)

3.5.2. Solicitud familiar

3.5.3. Derivación. Especificar

3.5.4. Otros. Especificar

4. DIAGNÓSTICO / _____

5. ANTECEDENTES INSTITUCIONALES /

5.1. Concurrencia a Estimulación Temprana

5.2. Concurrencia a Educación Especial:

	Motivo de baja	Fecha
Educación Inicial		
EGB		
Formación Laboral		

5.3. Concurrencia a otras modalidades y/o instituciones: _____

5.4. Prestaciones brindadas en otros servicios: (Rehabilitación, Psicopedagogía, Clínicas Psiquiátricas, Foniatría, etc.)

6. DETALLE PRESTACIONAL POR ÁREAS /

6.1. Area psicológica

6.1.1. Apellido y nombre del profesional: _____

6.1.2. Matr. N°: _____

6.1.3. Posibilidades de abordaje SI NO

6.1.4. Técnica de intervención: _____

6.1.5. Objetivos: _____

6.1.6. Frecuencia de atención: _____