

(Completar todos los campos del formulario)

<b>Informe evaluativo</b> Se solicita en aquellos casos que el paciente está comenzando un tratamiento nuevo o si cambia de prestador	
Nombre y Apellido _____	
Fecha de nacimiento _____	Edad (años y meses) _____
Documento N° _____	Socio N° _____
Diagnóstico del CUD _____	Prestación brindada _____
Fecha de inicio del tratamiento y período de abordaje _____	Fecha del informe _____

Descripción detallada del estado clínico del paciente al momento de evaluarlo por primera vez (características particulares de su personalidad, modo de relacionarse con el profesional, observaciones en base a la información recabada en las entrevistas preliminares)

---

---

---

---

---

---

Mencionar los aspectos del paciente (áreas funcionales/del desarrollo) en los que se observan dificultades.

---

---

---

---

---

---



(Completar todos los campos del formulario)

Fortalezas del paciente: mencionar aquellas áreas/funciones conservadas:

---

---

---

---

---

¿Qué instrumentos de valoración fueron aplicados? ¿Qué técnicas/ Test se utilizaron?

---

---

---

---

Resultados del proceso de evaluación/Observaciones a destacar:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma y sello del prestador

---

Aclaración