ANEXO VIII – PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL 2027

IMPORTANTE: la documentación deberá ser firmada en forma ológrafa (manuscrita) únicamente. Resol. 1743/24 SSSalud.

Apellido y nombre del beneficiario/a:_____
DNI: _____
Razón social del prestador/a: _____
Domicilio de atención: _____ Tel: _____

1- Objetivos (mínimo tres, concretos, mensurables y específicos)

_____
_____
_____
_____
_____

2- ¿Cuál será la frecuencia? Especificar días y horarios

_____
_____

3-Se mantendrá contacto con el resto del equipo tratante? SI☐ NO☐ ¿Con qué frecuencia?

_____
_____

4-Se realiza abordaje familiar? SI ☐ NO☐ ¿Con qué frecuencia?

_____
_____

5- Objetivos Generales:

_____
_____
_____
_____

6- Objetivos Específicos:

_____
_____
_____

7- Estrategia de Abordaje (Contemplando los diferentes contextos):

_____
_____
_____

No foto de la firma.

Datos del profesional:
Firma: _____ Aclaración: _____
Sello: _____
Lugar y fecha: _____