INFORME SEGUIMIENTO SEMESTRAL – JUNIO 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: _____

Razón social del prestador/a: _____

Período de abordaje: _____

Evaluación a la fecha (estado actual): Descripción de intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo. Resultados Alcanzados.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

No foto de la firma.

Datos del/a profesional:

Firma: _____ Aclaración: _____

Sello: _____

Lugar y fecha: _____

****El presente formulario SOLAMENTE podrá ser presentado por medio de nuestra página web (www.osfe.org.ar) en Trámites > Discapacidad.***